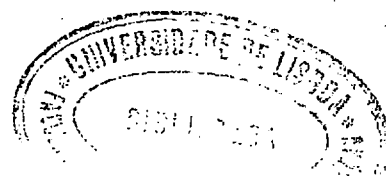


FERNANDO CARLOS SEPÚLVEDA AFONSO FRADIQUE

**PROGRAMA DESENVOLVIMENTISTA
PREVENTIVO DA DEPRESSÃO
PÓS - PARTO**



LISBOA

1992

X

ERRATA

- Pág. 32. onde se lê "Barnett *et al.* ()"
deve ler-se "Barnett *et al.* (1983)"
- Pág. 55. onde se lê "(...; Winokur, 1985)"
deve ler-se "(...; Inwood, 1985)"
- Pág. 79. onde se lê "(Seligman, 1982)"
deve ler-se "(Seligman, 1981)"
- Pág. 147. onde se lê "(...; Beck e Freeman, 1991)"
deve ler-se "(...; Beck e Freeman, 1990)"
- Pág. 168. onde se lê "(Alger, 1966; Alger e Hogan, 1966)"
deve ler-se "(Alger e Hogan, 1969)"
- Pág. 169. onde se lê "Ivey, Ivey e Gonçalves ()",
deve ler-se "Ivey, Gonçalves e Ivey (1989);"
- Pág. 185. onde se lê "Figueiredo *et al.* (1989)"
deve ler-se "Augusto *et al.* (1990)"
- Pág. 300. onde se lê "por meio de novos estudo replicativos"
deve ler-se "por meio de novos estudos, replicativos"

DISSERTAÇÃO DE DOUTORAMENTO
EM PSICOTERAPIA E ACONSELHAMENTO
APRESENTADA À
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

Todos os direitos reservados
segundo a legislação em vigor

AGRADECIMENTOS

Não teria sido possível realizar este trabalho sem a orientação, exemplo, ajuda e encorajamento de várias pessoas que, de forma mais ou menos próxima, o acompanharam, sobretudo nos seus momentos mais decisivos. Assim, os meus agradecimentos dirigem-se:

Ao Professor Joyce-Moniz, a quem devo não só a disponibilidade e o empenho que sempre demonstrou na orientação desta tese, mas também toda a minha formação na área da Psicoterapia. Não posso deixar de salientar o encorajamento que sempre procurou dar nos momentos mais críticos deste trabalho, empenhando, para além do seu saber científico, a sua amizade.

À minha família, que viveu intensamente todo o processo construtivo desta tese, dando o seu apoio e prescindindo, muitas vezes, do seu conforto pessoal.

Aos Drs. Odília Sá Couto, Ferreira Vicente e Jorge Branco, sem os quais não teria sido possível organizar a amostra do Hospital de S. Francisco Xavier.

À Direcção Clínica da Maternidade Alfredo da Costa, que possibilitou o contacto com as puérperas servidas por essa instituição.

Ao Manuel Sá, à Fernanda Lobão, à Maria Helena Carvalho, à Ana Isabel Castro, à Conceição Galemba, ao António Costa e à minha mulher, que empenharam a sua amizade e tempo no trabalho complexo, longo e penoso da realização dos vídeos.

À Dra. Isabel Gonçalves e à Alda Sousa, colaboradoras infatigáveis no processo de contacto com as puérperas nas instituições hospitalares.

Às psicólogas do Departamento de Psicologia Clínica da Maternidade Alfredo da Costa, cuja disponibilidade e colaboração foram determinantes.

Aos Centros de Saúde, Escolas e Juntas de Freguesia que tão gentilmente disponibilizaram as suas instalações e equipamento.

A todas as pessoas que pela sua opinião, colaboração e interesse, muito ajudaram a este trabalho.

Por último, gostaria de expressar um agradecimento muito especial a todas as mulheres que se prontificaram a colaborar neste estudo. Sem elas, nada teria sido possível.

Este estudo insere-se no projecto "**Exposição a videos de psicoterapia de acção didáctica e promoção de autonomia hospitalar e pós-hospitalar**" que foi subvencionado pela Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica.

A todas as mães

ÍNDICE

SUMÁRIO.....	X
--------------	---

CAPÍTULO I - PERSPECTIVAS E ESTUDOS ANTROPOLÓGICOS, FISIOLÓGICOS, E PSICOLÓGICOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.....

1. Introdução.....	1
2. Breve perspectiva histórica.....	3
3. Perturbações no puerpério: Definições e caracterização.....	4
3.1. Psicose puerperal.....	4
3.2. Depressão puerperal.....	5
3.3. <i>Maternity Blues</i>	8
4. Perspectivas antropológicas e etnográficas das perturbações puerperais.....	9
⑤ Factores epidemiológicos da depressão pós-parto.....	13
⑥ factores etiológicos da depressão puerperal.....	17
6.1. Factores fisiológicos.....	18
6.2. Factores psicológicos.....	21
6.2.1. Variáveis de personalidade e atitudinais.....	22
6.2.2. Factores ansiogénios, acontecimentos de vida e suporte social.....	29
⑦ Consequências da depressão pós-parto no relacionamento com o bebé.....	39
⑧ Intervenção e prevenção da depressão pós-parto.....	42

CAPÍTULO II - PSICOPATOLOGIA E PSICOTERAPIA COGNITIVISTA DE REACÇÕES DEPRESSOGÉNEAS.....

1. Natureza da depressão.....	55
2. Depressão genérica e depressão pós-parto: semelhanças e diferenças na epidemiologia.....	60
3. Paradigma comportamental cognitivo.....	63
3.1. Modelo de reforço social de Peter Lewinsohn.....	64
3.2. Modelo de auto-controlo da depressão.....	70
3.3. modelo da desesperança aprendida.....	75
4. Paradigma cognitivo da depressão.....	84
4.1. Teoria cognitiva da Depressão de A. Beck.....	84
5. Modelos desenvolvimentistas da depressão.....	94
5.1. Teoria da Vinculação de Bolby e a Terapia cognitiva de Vittorio Guidano.....	95
5.1.1. Organização Cognitiva Depressiva.....	95
5.2. Modelo Neo-Piagetiano de Robert Kegan.....	101
6. Importância dos sistemas individuais de significação na psicopatologia da depressão.....	107
6.1. Significações sintomáticas da depressão genérica.....	109

6.2. Significações sintomáticas da depressão puerperal.....	113
---	-----

CAPÍTULO III - SIGNIFICAÇÕES DEPRESSOGÉNEAS E INTERVENÇÃO PREVENTIVA EM DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONCEPTUALIZAÇÃO DESENVOLVIMENTISTA, METODOLOGIA E OBJECTIVOS.....115

1. Sistemas de significações centrais para o puerpério.....	115
1.1. Atribuição de incompetência para cuidar do bebé.....	118
1.2. Percepção de relação conjugal deficiente ou inexistente.....	121
1.3. Dificuldade em assumir o papel de mãe.....	124
1.4. Perda de autonomia e crise existencial.....	127
2. Modelo de psicopatologia desenvolvimento e dialéctica de Joyce-Moniz.....	136
3. Depressão puerperal na população portuguesa.....	161
4. Modelos preventivos na depressão pós-parto.....	161
5. Intervenções didácticas racionalista e construtivista.....	164
6. Apresentação videográfica de significações sintomáticas e de confronto.....	167
7. Níveis de significações de confronto ou resolução.....	169
8. Objectivos e metodologias gerais da tese.....	172
9. Hipóteses de estudo.....	179

CAPÍTULO IV - CARACTERIZAÇÃO DAS POPULAÇÕES E PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS.....185

1. Estudo longitudinal de caracterização de uma amostra de puérperas na região de Lisboa.....	185
1.1. Localização do estudo de caracterização.....	185
1.2. Plano da investigação.....	188
1.3. Procedimento.....	188
1.4. População.....	190
2. Estudo clínico e desenvolvimento.....	193
2.1. Localização do estudo de intervenção preventiva.....	194
2.2. Plano da investigação.....	195
2.2.1. Intervenção desenvolvimento.....	196
2.2.1.1. Estrutura das sessões.....	197
2.2.1.2. Estrutura dos vídeos.....	198
2.2.2. Grupo controlo.....	200
2.3. Critérios de selecção e características da população.....	200
3. Instrumentos de avaliação.....	203
3.1. Instrumentos de avaliação das reacções emocionais.....	204
3.2. Instrumento usado para avaliar as operações dialécticas de confronto.....	211
3.3. Instrumento de avaliação do nível de desenvolvimento sócio-cognitivo.....	213
3.4. Escalas de sintomatologia na gravidez e no puerpério.....	214
3.5. Questionário de avaliação da ajuda por parte de outrem.....	215

CAPÍTULO V - RESULTADOS	217
1. Introdução	217
2. Resultados do estudo de caracterização de uma população de puérperas da região de Lisboa	217
2.1. Análise dos resultados	217
2.1.1 Análise do primeiro momento de avaliação	218
2.1.1.1. Reacções depressogéneas e ansiogéneas	218
2.1.1.2. Somatização, sensibilidade interpessoal, hostilidade e índice de gravidade global	219
2.1.1.3. Instrumentos desenvolvimentistas	220
2.1.1.4. Indicadores prospectivos de reacções emocionais negativas no pós-parto	222
2.2. Análise do segundo momento de avaliação e da sua relação com o primeiro	223
2.2.1. Reacções depressogéneas e ansiogéneas	223
2.2.2. Somatização, sensibilidade interpessoal, hostilidade e índice global	224
2.3. Análise dos resultados do terceiro momento de avaliação e a sua relação com o primeiro e o segundo	226
2.3.1. Relação depressogénea e ansiogénea	226
2.3.2. Somatização, sensibilidade interpessoal, hostilidade e índice global	226
2.3.3. Instrumentos desenvolvimentistas	228
2.4. Conclusões do estudo de caracterização	230
3. Programa desenvolvimentista preventivo da depressão pós-parto	231
3.1. Objectivo I	232
3.2. Objectivo II	234
3.3. Objectivo III	238
3.4. Objectivo IV	247
 CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO DAS HIPÓTESES E CONCLUSÕES	 285
1. Discussão dos objectivos I e II	285
1.1. Hipótese 1	286
1.2. Hipótese 2	286
1.3. Conclusões dos objectivos I e II	287
2. Discussão do objectivo III	288
2.1. Hipótese 3	289
2.2. Hipótese 4	290
2.3. Hipóteses 5 e 11	290
2.4. Hipótese 6	292
2.5. Hipóteses 7, 8, 9 e 10	292
2.6. Conclusões do objectivo III	294
3. Discussão do objectivo IV	295
3.1. Hipóteses 12 e 14	296
3.2. Hipóteses 13 e 16	296
3.3. Hipótese 15	297

3.4. Hipótese 17.....	297
3.5. Conclusões do objectivo IV.....	298
4. Síntese conclusiva.....	298
5. Comentário prospectivo.....	301
BIBLIOGRAFIA.....	305
ANEXO	

SUMÁRIO

Esta tese tem por objectivos: genéricos a concepção, a implementação e a validação relativa de um programa de intervenção desenvolvimentista para prevenção da *depressão pós-parto*. A avaliação ou validação comparativa do programa desenvolvimentista tem como objectivos específicos:

- (1) Comparar os resultados da auto-avaliação de atribuições ou atitudes sintomatológicas e de confronto das puérperas que participaram no programa *desenvolvimentista* com as das puérperas que só integraram um grupo de *controlo* sem intervenção preventiva mas com a mesma auto-avaliação
- (2) Comparar os resultados da auto-avaliação das puérperas que participaram no programa com *didáctica racionalista*, com os das puérperas que participaram no programa com *didáctica construtivista*, e estes aos das puérperas do grupo de *controlo*.
- (3) Independentemente do tipo de intervenção *didáctica*, ou da inclusão na condição de *controlo*, comparar os resultados da auto-avaliação dos cinco grupos de puérperas correspondentes às avaliações, preferências, ou identificações com cinco níveis de *significação sintomática* e de *significação confrontante*, assim como os resultados das dos grupos caracterizados por *transições* entre esses níveis.
- (4) Considerando o tipo de intervenção *didáctica* a que as puérperas foram submetidas, ou a sua inclusão na condição de *controlo*, comparar os resultados da auto-avaliação dos cinco grupos de puérperas correspondentes às avaliações,

preferências, ou identificações com os cinco níveis de *significação sintomática* e de *significação confrontante*, assim como os resultados dos dos grupos caracterizados por *transições* entre esses níveis.

O programa preventivo introduzido apresenta uma orientação psicopatológica e psicoterapêutica cognitivista, fundamentando-se num modelo de psicopatologia desenvolvimentista e dialéctica.

No Capítulo I procede-se a uma revisão de literatura acerca da depressão pós-parto, salientando os seus aspectos fisiológicos, psicológicos, antropológicos e sociológicos. Neste Capítulo revêm-se, também, alguns programas de prevenção ou de remediação deste tipo de perturbação depressiva.

No Capítulo II procede-se a uma breve descrição dos aspectos mais marcantes das reacções depressivas em geral, e apresentam-se os modelos comportamentais-cognitivistas, cognitivistas e desenvolvimentistas mais significativos para a sua compreensão.

No Capítulo III apresentam-se primeiro as características e as implicações sócio-emocionais dos sistemas de significações depressogéneos que constituem a estrutura da metodologia de intervenção estudada. Em segundo lugar, introduz-se o modelo de psicopatologia desenvolvimentista e dialéctica que orienta o programa preventivo. Por último, identificam-se os principais objectivos da concepção, implementação e validação comparativa da intervenção, e as hipóteses do estudo.

No Capítulo IV apresentam-se as condições metodológicas do estudo, sendo descritas as características das amostras utilizadas, o plano de investigação, os procedimentos e os instrumentos de auto-avaliação.

No Capítulo V apresentam-se os resultados e os tratamentos estatísticos efectuados relativamente às hipóteses do estudo.

No Capítulo VI discutem-se as hipóteses e apresentam-se as conclusões do estudo.

Em anexo apresentam-se o protocolo de consentimento utilizado e o questionário desenvolvimentista concebido especificamente para este estudo.

CAPÍTULO I

PERSPECTIVAS E ESTUDOS ANTROPOLÓGICOS, FISIOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

1. Introdução

Parece estranho que um acontecimento, que em termos culturais está associado à alegria, à festa, a congratulações e reuniões sociais de festejo, possa ser sentido como um drama pelos seus principais protagonistas. Contudo, é exactamente isso que se passa com uma percentagem significativa de mulheres ao assumirem, pela primeira vez ou não, o papel de mães. Estas mulheres manifestam perturbações emocionais durante a gravidez, nas semanas que se seguem ao parto ou em ambos estes períodos (Dalton, 1971; Davids, DeVault e Talmadge, 1961; Kumar e Robson, 1984; Lubin, Gardener e Roth, 1975; Mayberger e Abramson, 1980; Neugebauer, 1983; O'Hara, Neunaber e Zekoski, 1984; Paykel, Emms, Fletcher e Rassby, 1980; Pitt, 1968, 1973; Reich e Winokur, 1970; Robson e Kumar, 1980; Watson, Elliot, Rugg e Brough, 1984).

A esmagadora maioria das mães de recém-nascidos, entre 50% e 80% (Pitt, 1973; Robin, 1962; Yalom e outros, 1968), apresenta-se irritável, irrequieta, confusa, com alterações da disposição e do sono, chorando com muita frequência. Muitas vezes, estas manifestações disfóricas são incongruentes com a sua disposição geral (Brown, 1979). Trata-se do que tradicionalmente se tem chamado *maternity blues*. É um estado transitório, que ocorre, sobretudo, durante a primeira semana depois do nascimento, apresentando uma maior intensidade cerca do terceiro dia (Dalton, 1971). Geralmente encarado como benigno, este estado tem sido um pouco negligenciado pelos investigadores. Contudo, o pessoal de enfermagem das nossas maternidades, sobretudo nos casos em que o internamento da mãe é mais prolongado, conhece bem esta situação. De igual modo, os seus familiares ressentem, muitas vezes com grandes dificuldades, este estado emocional alterado. Por exemplo, "*Não tem razão para estar assim...*", "*Não percebo o que se passa com ela...*", são afirmações habituais dos respectivos maridos. Sete a dez dias após o parto, o estado emocional da nova mãe readquire normalmente o equilíbrio habitual. Para cerca de 75%-80% das mulheres, o

quotidiano retoma o seu curso, contando apenas com as novas rotinas impostas pelo bebé. No entanto, para as restantes 15%-20% esta acalmia é de curta duração. Entre o final da segunda semana e o terceiro mês do puerpério pode ocorrer uma nova alteração emocional, desta feita mais duradoura e perturbadora. Trata-se assim do que se denomina "*depressão puerperal*", "*depressão do pós-parto*", ou "*depressão pós-natal*". A depressão puerperal envolve, fundamentalmente, sentimentos de inadequação, sobretudo no que respeita ao lidar com o bebé, culpa, ansiedade, desânimo, fadiga, choro e irritabilidade, perturbações do sono, sobretudo hipersónia, labilidade de humor, retração das relações sociais, e decréscimo no interesse sexual (Pitt, 1968). Contrariamente à neurose depressiva, a ideação suicidária é bastante rara (Brown, 1979). Não acontece o mesmo relativamente às idéias relacionadas com o abuso físico da criança. Apesar de ser raramente concretizado, esse abuso transparece muitas vezes no discurso da mulher deprimida, associado aos sentimentos de culpa. Pela sua incidência e interferência no funcionamento adequado da mulher no seu meio, a depressão puerperal surge como uma perturbação, que merece a atenção de psicólogos e, em particular, de psicoterapeutas. Várias razões levaram o autor desta tese a dedicar-se a esta temática:

a) Em Portugal, só recentemente se iniciaram trabalhos epidemiológicos relativos à depressão puerperal. Contudo, a literatura publicada, sobretudo em língua inglesa, permite apontar para uma grande incidência deste tipo de perturbação, incluindo em países como o nosso.

b) Apesar de tender para o envelhecimento, a população portuguesa ainda se caracteriza por uma taxa alta de natalidade. O que coloca os investigadores e terapeutas face a um número bastante elevado de potenciais depressivas puerperais.

c) Apesar de apresentar uma duração média de 4-6 meses, a depressão puerperal tem implicações importantes ao nível da relação conjugal. Constitui, assim, um dos factores responsáveis pela eventual deterioração das relações familiares. Estando estas muito dependentes do equilíbrio emocional de qualquer um dos seus membros, qualquer elemento que possa contribuir para essa instabilidade deverá ser encarado pelos profissionais de saúde como alvo prioritário de intervenção.

d) O desenvolvimento da criança também pode encontrar-se ameaçado pela

irritabilidade e ansiedade manifestadas quase em permanência, pela mulher deprimida. A integridade física do bebé pode mesmo estar ameaçada.

e) O sofrimento da mulher é, por si só, um motivo suficientemente válido para que os profissionais de saúde intervenham activamente no tratamento desta forma de depressão.

Nesta revisão de literatura serão considerados os critérios inerentes à definição de depressão pós-parto, os aspectos epidemiológicos e etiológicos, alguns estudos antropológicos, as repercussões do distúrbio na mulher, na família e no bebé, e os tipos de intervenção geralmente implementados.

2. Breve perspectiva histórica

A ocorrência de perturbações emocionais nas mulheres aumenta no ano que se segue ao nascimento de um filho, com particular destaque para o primeiro trimestre do pós-parto (Ballinger, Buckley, Naylor e Stansfield, 1979; Kumar e Robson, 1984; Meares, Grimwade e Wood, 1976; Paffenbarger e McCabe, 1966; Richman, 1976; Tod, 1964; Yalom; Lunde, Moos e Hamburg, 1968).

A associação entre o nascimento da criança e a depressão tornou-se patente quando os investigadores passaram a analisar os internamentos destas mulheres em hospitais psiquiátricos (Grundy e Roberts, 1975; Pugh, Jerath Schmidt e Reed, 1963), assim como o seu atendimento noutros serviços de saúde mental (Hopkins, Marcus e Campbell, 1984; Kendell, Wainwright, Hailey e Shannon, 1976). Contrariamente a outros problemas depressivos ou ansiogéneos, esta ligação não é uma consequência da vida moderna. Hipócrates descreveu as doenças do pós-parto como "*febre puerperal*". Em 1845, Esquirol referiu-se às psicoses puerperais (Brown e Shereshefsky, 1972; Herzog e Detre, 1976; Karnosh e Hope, 1937; Kendell, 1985; Lindstrom *et al.*, 1984; Paffenbarger e McCabe, 1966; True-Soderstrom, Buckwalter e Kerfoot, 1983). Em geral, no século XIX, considerava-se que a menstruação e os problemas a ela associados eram causas importantes da psicose (Endo *et al.*, 1978). A depressão puerperal foi também referida como "*febre do leite*" e "*psicose da lactação*", devido à sua associação com o período de aleitamento do bebé, ou seja, com a produção do leite materno (Lindstrom *et al.*, 1984; Paffenbarger, Steinmetz, Pooler e Hyde, 1961; Yalom *et al.*, 1968).

3. Perturbações no puerpério: Definições e caracterização

Na literatura, depara-se com uma grande variedade de definições para este tipo de perturbações, que se deve, sobretudo, aos critérios utilizados na selecção das populações afectadas (Harris e Brown, 1985; Livingood, Daen e Smith, 1983; Nott e Cutts, 1982; O'Hara, Rehm e Campbell, 1982; O'Hara *et al.*, 1984; Prothro, 1969; Richman, 1976; Welner, 1982). Hopkins (Hopkins *et al.*, 1984) e Kendell (1985) proposeram uma divisão em três categorias: a) psicose puerperal, b) depressão puerperal, e c) *maternity blues*. Esta categorização permite, assim, clarificar algumas das ambiguidades e diferenças da literatura.

3.1. Psicose puerperal

A primeira categoria, *psicose puerperal*, é rara. Ocorre, apenas, em cerca de 1-2 mulheres em cada 1000 partos (Herzog e Detre, 1976). Estes casos têm, geralmente, o seu início 2 ou 3 semanas depois do nascimento. Cerca de 50% começam na segunda semana (Martin, 1958; Protheroe, 1969). A maioria das psicoses puerperais obedecem aos critérios de diagnóstico apresentados pela DSM-III-R (APA, 1987) para as perturbações da mania ou da depressão grave (*MAJOR DEPRESSION*). Por vezes são consideradas como reacções psicóticas associadas ao parto (Brockington *et al.*, 1981; Davenport e Adland, 1982; Dean e Kendell, 1981; Grundy e Roberts, 1975; Grunebaum e Weiss, 1963; Herzog e Detre, 1976; Karnosh e Hope, 1937; Kendell, Rennie *et al.*, 1981; Lindstrom *et al.*, 1984; Paffenbarger *et al.*, 1961; Protheroe, 1969; Pugh *et al.*, 1963; Stern e Kruckman, 1983; Wilson, Barglow e Shipman, 1972; Winokur e Ruangtrakool, 1966). Na definição mais generalizada de psicose pós-natal, especifica-se que a sua ocorrência deve ter lugar nas primeiras seis semanas depois do nascimento do bebé (Herzog e Detre, 1976), e que a sua sintomatologia compreende a confusão, a fadiga, alterações da disposição, sentimentos de desespero e vergonha, ilusões ou alucinações auditivas e um discurso rápido ou maniaco. As psicoses no pós-parto podem ser tanto afectivas como esquizofrénicas. Apesar de haver uma grande discrepância nas estimativas, as perturbações afectivas parecem ser duas a três vezes mais frequentes do que as esquizofrénicas (Herzog e Detre, 1976; Pitt, 1968; Protheroe, 1969). Entre as mulheres que

sofrem de perturbações afectivas, a depressão é três vezes mais frequente que a mania (Protheroe, 1969). De uma forma geral, existe consenso de que os sintomas destas psicoses não são significativamente diferentes de outras formas psicóticas de teor depressivo e maniaco-depressivo. Quando relacionadas com a incidência de psicoses, as histórias pessoal e familiar, em termos psiquiátricos, não revelam diferenças entre as psicoses puerperais e as não-puerperais (Herzog e Detre, 1976; Protheroe, 1969). Segundo Protheroe (1969), não existem dados que permitam afirmar que, realmente, se verifica uma predisposição genética específica para a psicose pós-natal *per se*.

Baker *et al.* (1971) afirmam que o risco de desenvolvimento de uma psicose pós-parto é elevado em mulheres que tenham sofrido anteriormente um episódio maniaco-depressivo. Deste modo, cerca de 15% a 20% das mulheres com reacções psicóticas depois do parto já tinham apresentado previamente um episódio psicótico (Protheroe, 1969). De igual modo, o risco de que mulheres, que desenvolveram uma psicose pós-parto venham a experienciar um episódio também psicótico não-puerperal, é elevado. Ocorre em cerca de 30-40% dos casos (Protheroe, 1969).

Como as psicoses pós-natais não constituem o alvo deste trabalho, serão, adiante, referidas apenas pontualmente, quando for necessário compará-las às outras perturbações.

3.2. Depressão puerperal

A segunda categoria, depressão pós-parto, ligeira ou moderadamente grave, surge em cerca de 15 a 20% das mães (Grundy e Roberts, 1975; Madden, Luhan, Tuteur e Bimmerle, 1958; Nott e Cutts, 1982; O'Hara *et al.*, 1984; Paykel *et al.*, 1980; Pitt, 1968; Saks *et al.*, 1985). Estas depressões começam, geralmente, algumas semanas após o nascimento do bebé e podem prolongar-se por poucas semanas ou por um ou mais anos. Podem ser consideradas como depressões típicas (Kendell, 1985; Reich e Winokur, 1970), se bem que os autores estejam divididos quanto à sua inserção no grupo nosológico das reacções depressivas (Welner, 1982). O síndrome é caracterizado por sintomas de depressão e ansiedade, que persistem para além da primeira semana pós-natal. Duram, pelo menos, duas semanas, interferindo com o funcionamento normal da mulher. Esta perturbação é menos evidente do

que as psicoses pós-natais ou os blues, devido ao facto de ocorrer após a saída da maternidade e raras vezes constituir, da perspectiva das próprias mulheres, razão para recorrer a uma ajuda psicológica/psiquiátrica. Segundo Pitt (1968), as ilusões e as alucinações, assim como a ideação suicidária, não fazem parte do síndrome, pelo que raramente conduz à hospitalização.

A frequência de ocorrência constitui um dos pontos de desacordo. Todd (1964) aponta para cerca de 3%, enquanto que Gordon *et al.* (1965) sugerem uma percentagem bem mais elevada, 33%. As diferenças encontradas devem-se, sobretudo, à utilização de critérios de diagnóstico diferentes. As estimativas de uma frequência mais reduzida, entre 3% e 8%, devem-se a estudos que levaram em linha de conta apenas as mulheres que necessitaram de hospitalização, ou que recorreram a serviços de ajuda psicológica ou psiquiátrica durante o ano que se seguiu ao parto (Dalton, 1971; Todd e Edin, 1964). Por sua vez, estimativas mais elevadas, rondando os 15%, reflectem o uso de medidas padronizadas de avaliação da depressão [e.g., o Inventário de Depressão de Beck (Beck *et al.*, 1961)]. São exemplos desses estudos, os trabalhos realizados por Handley *et al.* (1977), Meares *et al.* (1976), Paykel *et al.* (1980) e Pitt (1968). Nestes, a disforia não constituía, por si só, um elemento que justificasse o diagnóstico de depressão. Era necessário que a ela se juntassem sintomas de natureza cognitiva, motivacional e/ou fisiológica. Os estudos que apresentam as frequências de ocorrência mais elevadas (entre 25% e 35%), servem-se de critérios e procedimentos menos rigorosos para o estabelecimento do diagnóstico de depressão. Trata-se, geralmente, de listagens de sintomas ou avaliações globais sem critérios específicos (e.g., Gordon *et al.*, 1965; Jacobson *et al.*, 1965; Kaij *et al.*, 1967).

Como os critérios de diagnóstico variam de estudo para estudo, e os sintomas raramente são descritos de uma forma detalhada, as definições para a depressão pós-parto são, ainda, muito deficientes ou insuficientes (Cutrona, 1982). Apenas recentemente se começou a utilizar o DSM-III (APA, 1980; Saks *et al.*, 1985; O'Hara *et al.*, 1984), os *Research Diagnostic Criteria* (RDC, Spitzer *et al.*, 1978; O'Hara, 1986; O'Hara *et al.*, 1984; Garvey *et al.*, 1983; Kumar e Robson, 1984) ou o ICD-9 (WHO, 1978; Meltzer e Kumar, 1985). Estes manuais constituem caracterizações nosológicas para o diagnóstico da depressão em geral. Deste modo, têm sido utilizados, com os mesmos critérios globais, para o diagnóstico da

depressão pós-parto. Genericamente, tanto o DSM-III como o RDC autorizam o diagnóstico de depressão, desde que se verifiquem as condições:

A. Quatro ou mais dos sintomas seguintes presentes, pelo menos, durante duas semanas:

1. Perda de energia ou fadiga;
2. Agitação ou retardamento psicomotor;
3. Sentimentos de desvalorização, auto-crítica ou culpa irrazoáveis;
4. Redução na capacidade de pensamento ou concentração, e indecisão;
5. Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, ou tentativa de suicídio;
6. Redução no apetite com perda significativa de peso, ou apetite excessivo com aumento significativo de peso;
7. Insónia ou hipersónia;
8. Perda de interesse por actividades habituais ou decréscimo na actividade sexual;

B. Humor depressivo, ansioso ou irritável dominante;

C. Os sintomas de depressão, acima descritos, devem ser distinguidos em relação à incoerência alucinatória, esquizofréniforme e ilusória, à perda acentuada da capacidade associativa, e à paranóia. Cada uma destas condições pode ser característica de psicose puerperal (APA, 1980).

Na versão mais recente do DSM (DSM-III-R; APA, 1987), as perturbações do pós-parto já não são sequer consideradas como uma entidade merecedora de atenção particular. Diferencia-se da generalidade das perturbações afectivas apenas ao nível do eixo IV (intensidade dos *stressores* psicossociais).

Contudo, nalguns estudos, a depressão pós-parto constitui uma entidade clínica específica (Dalton, 1980; Pitt, 1968; Welner, 1982). Salienta-se que a variação da disposição ao longo do dia encontra-se invertida relativamente às depressões não-puerperais; isto é, uma disforia mais marcada para o fim do dia e não no seu início, e um padrão de insónia tipicamente inicial e não tardia. Paralelamente, os sentimentos de culpa e inadequação encontram-se quase sempre presentes nas depressivas pós-natal. Ao contrário, os

sentimentos de desespero são referidos raramente.

O DSM-III (APA, 1980) apresenta 3 categorias de diagnóstico para as depressões unipolares, que não preenchem os critérios de *MAJOR DEPRESSION*: Desordem Distímica, Desordem Afectiva Atípica, e Desordem de Ajustamento com Disposição Depressiva. Note-se que o DSM-III-R (APA, 1987) contempla, igualmente, estas três categorias. Se se entender a depressão pós-parto como uma reacção a um *stressor* psicossocial identificável, então, de acordo com o sistema DSM, o diagnóstico mais apropriado parece ser o de Desordem de Ajustamento com Disposição Depressiva. No entanto, Inwood (1985) propõe esta designação para se referir aos *blues*, e Desordem Afectiva Principal Puerperal (*Post-Partum Major Affective Disorder*) para a depressão puerperal.

3.3. *Maternity Blues*

A terceira categoria, conhecida como *Maternity Blues*, pode ocorrer em cerca de 50-70% das mulheres (Stein, Milton, Bebbington, Wood e Coppen, 1976). Esta forma de perturbação afectiva manifesta-se, geralmente, sob a forma de labilidade de disposição, choro e lacrimejo abundante, irritabilidade, inquietação, confusão, sentimentos de inadequação e ansiedade. O choro pode ser incongruente com a disposição geral (Brown, 1979). Esta reacção depressiva é, normalmente, transitória, sendo observada, com maior frequência, na primeira semana depois do parto, com o seu máximo por volta do terceiro dia (Dalton, 1971; Pitt, 1973). Encarado, geralmente, como benigno, este estado tem sido relativamente pouco estudado (Cox, Connor e Kendell, 1982; Dalton, 1971; Davenport e Adland, 1982; Davidson, 1972; Felski *et al.*, 1984; George e Wilson, 1981; Handley, Dunn, Waldron e Baker, 1980; Kendell, 1985; Kumar e Robson, 1984; Pitt, 1968, 1973; Yalom *et al.*, 1968). Não deixa, todavia, de ser incomodativo para as mulheres que o ressentem, como bem o demonstram os relatos das próprias mulheres (e.g., Thomas, 1979). O sintoma mais característico dos blues consiste num choro frequente e prolongado. Os episódios disfóricos com uma duração superior a duas horas são bastante frequentes (Yalom *et al.*, 1968). O choro é desencadeado por acontecimentos que, noutras circunstâncias, não teriam provocado esta reacção. Alguns autores referem a ocorrência de alguma confusão e fragilidade cognitiva durante os *blues*. No

entanto, estudos com avaliações mais objectivas do funcionamento cognitivo não confirmam estas perturbações (Yalom *et al.*, 1968; Jarrahi-Zadeh *et al.*, 1969).

Os sintomas vegetativos nos *blues* constituem, também, um assunto controverso. Enquanto que alguns autores consideram a insónia uma das características desta perturbação (Gelder, 1978; Yalom *et al.*, 1968), outros referem-se, apenas, a sintomas afectivos e cognitivos (Ballinger *et al.*, 1979; Pitt, 1973). Pode considerar-se que as exigências impostas à mãe pelo recém-nascido alteram os seus hábitos ou ritmos de sono, de forma significativa, sem que isso constitua uma reacção depressiva.

Numa época em que se identifica um número cada vez maior de perturbações físicas e psicológicas como consequência do ritmo de vida, das exigências do mundo do trabalho, do relativo embotamento emocional ligado à cultura, dos contrastes sociais bem marcados e de um desenvolvimento tecnológico agressivo, coloca-se, necessariamente, a questão da *especificidade* dessas mesmas perturbações em função das características socio-culturais. Deste modo, as perturbações do pós-parto têm constituído, igualmente, o objecto de estudos antropológicos e etnográficos. Seguidamente, serão referidos alguns desses trabalhos:

4. Perspectivas antropológicas e etnográficas das perturbações puerperais

Alguns autores têm defendido que a depressão pós-natal não é um fenómeno universal (Stern e Kruckman, 1983), ligando-a a aspectos característicos das sociedades ocidentais. As reacções depressivas durante o puerpério têm sido identificadas em várias culturas (Davidson, 1972; Harris, 1981; True-Soderstrom *et al.*, 1983). Deste modo, têm merecido uma atenção crescente, sobretudo nas sociedades ocidentais, e em particular, na Grã-Bretanha e Estados Unidos da América (Ballinger *et al.*, 1979; Brown, Bhrolchain e Harris, 1975; Brockington *et al.*, 1981; Clarke e Williams, 1979; Cox *et al.*, 1983; Dalton, 1971, 1980; Felski *et al.*, 1984; Frommer e O'Shea, 1973; George e Wilson, 1981; Grundy e Roberts, 1975; Hopkins *et al.*, 1984; Kendell, 1985; Kendell *et al.*, 1976; Kendell, McGuire, Connor e Cox, 1981; Kendell, Rennie, Clarke e Dean, 1981; Kumar, Brant e Robson, 1981; Richman, 1976; Robson e Kumar, 1980).

O período perinatal -- desde a concepção até ao pós-parto -- é conceptualizado e

segmentado de forma diferente nas diferentes culturas, nos seus aspectos comportamentais, e na forma como é subjectivamente vivido pela mulher. O modo como cada sociedade encara este período reflecte, assim, a sua importância para a mãe, a criança, a família e/ou o sistema. Reflecte, também, as diferentes teorias acerca da natureza e das implicações destes acontecimentos.

É, geralmente, aceite pelos antropólogos que os acontecimentos neste ciclo de vida são bastante estruturados ou ritualizados, devido à sua natureza problemática ou ao facto de marcarem uma transição entre diversos papéis familiares e sociais. O reconhecimento, pelo grupo ou a instituição, destas transições ajuda a mulher a passar por elas com sucesso e a assumir o novo papel. Ao contrário, a ausência do reconhecimento das mudanças ou dos momentos críticos da vida, pode contribuir para a ocorrência de problemas e dificuldades, por exemplo em termos da gravidez na adolescência, abandono da mãe pelo companheiro, hostilidade do grupo familiar, ou em termos de saúde mental (e.g., depressão). Nas sociedades ocidentais, o reconhecimento deste tipo de transições ou mudanças de estatuto é pouco explícito, ou seja, pouco estruturado. No entanto, o reconhecimento do período pós-natal como um período de experiências e emoções negativas torna-se bem evidente, se atendermos ao elevado número de mulheres que afirmam sentirem-se tristes ou deprimidas.

Curiosamente, a literatura etnográfica acerca do nascimento de uma criança, apresenta a depressão pós-parto como um fenómeno pouco frequente nas sociedades não ocidentais. Kelly (1967), ao estudar os costumes entre os nativos da Nigéria relativos aos aspectos obstétricos, afirma que as depressões pós-parto são raras, atribuindo o facto a esses mesmos costumes.

Num estudo envolvendo 80 mulheres Nepalesas, Upreti (1979) refere que os blues ou a depressão parecem ser menos comuns entre esta população do que nas culturas ocidentais. Para este autor, a responsabilidade desta diferença poderá ser atribuída ao sistema de apoio psicossocial existente na cultura nepalesa. Contrariamente ao que se passa no Ocidente, onde é dada uma grande atenção à gravidez, sendo o nascimento da criança o culminar desse processo, no Nepal, a gravidez é praticamente ignorada. Mas o período pós-natal é cuidadosamente estruturado e ritualizado, salientando-se os comportamentos e sentimentos

apropriados.

Pillsbury (1978) estudou o período do pós-parto na China. Esta autora, não deparou com uma grande incidência de perturbações emocionais neste período, apontando, à semelhança de Upreti (1979), para a importância do apoio social pós-natal. Para Pillsbury (1978), na cultura chinesa a mãe é alvo de uma muito maior atenção, por comparação com aquela que lhe é dispensada nas sociedades ocidentais. Esta atenção acrescida, sobretudo no primeiro mês após o parto, evitará, ou tornará menos provável, que as mulheres chinesas experienciem reacções depressivas, apesar dos factores biológicos em jogo serem os mesmos para as mulheres nos dois tipos de culturas.

No seu estudo com mulheres da Jamaica, Davidson (1972) chegou a conclusões um pouco diferentes. Utilizando instrumentos de avaliação padronizados (e.g., BDI e Taylor Manifest Anxiety Scale), verificou que estas mulheres apresentavam os valores mais elevados de depressão, não no período pós-natal, mas durante a gravidez. Não se deve, contudo, ignorar que estas mulheres tinham uma paridade elevada, encontravam-se em situações de pobreza, de desemprego, sem uma relação conjugal estável e sem suporte financeiro e emocional por parte do pai do bebé.

Harris (1981) conclui que os *blues* são supraculturais nas suas manifestações, confirmando as conclusões de Davidson (1972). No seu estudo, levado a cabo na Tanzânia, foram excluídas as mulheres que se viam a si próprias como tendo problemas socio-económicos graves, as solteiras, as viúvas, as que viviam casamentos infelizes e as que apresentavam doenças graves. Apesar destas restrições, o papel da ansiedade parece ser bastante importante enquanto componente dos *blues*, sobretudo nos seus componentes psicossomáticos.

Num estudo piloto, comparando populações norte-americanas e japonesas, Shimizu e Kaplan (1987), analisaram as características das depressões pós-parto no Japão. O estereótipo do papel feminino tradicional era o único factor preditivo de depressão. Assim, as mulheres que partilhavam este estereótipo tinham maior probabilidade de manifestarem esta perturbação no período pós-natal. A este propósito, os autores realçam os valores, para as mulheres japonesas, constituídos pelo mundo do trabalho e pelas relações familiares. Deste

modo, o trabalho é uma actividade periférica, não muito importante, e poucas mulheres casadas trabalham fora de casa. Inversamente, nas sociedades ocidentais, o trabalho (i. e., carreira profissional) constitui um objectivo de vida e uma actividade fundamental para lhe dar significado. O que explica o facto de uma grande proporção de mulheres casadas terem um emprego. O relacionamento entre pais e filhos também apresenta algumas diferenças entre o mundo ocidental e o Japão. Os pais e filhos japoneses mantêm uma relação de proximidade e dependência mais forte do que os seus congéneres ocidentais. Enquanto que no mundo ocidental as crianças são consideradas seres dependentes, a quem é necessário incutir o espírito da independência, as crianças japonesas são consideradas seres independentes, nos quais se deve implementar um sentimento de *interindependência*. Estas diferenças culturais estão, talvez, na origem de diferentes estilos de *personalidade*. Para Shimizu e Kaplan (1987), não existem diferenças na percentagem de incidência da depressão pós-parto entre a população japonesa e as ocidentais. No entanto, os factores que a determinam poderão ser diferentes.

Trabalhos interculturais sugerem que os determinantes podem estar ligados a culturas específicas, mas apontam, igualmente, para o facto do distúrbio se manifestar, em sociedades cultural e tradicionalmente diferentes, de uma forma semelhante.

Assim, este tipo de perturbação parece ser, de alguma forma, induzido culturalmente (Tentoni e High, 1980). Nas sociedades ocidentais privilegia-se, fundamentalmente, o papel da mãe durante o período de gravidez, relegando-o para segundo plano quando o bebé nasce. É este que, agora, é alvo das atenções e dos investimentos do meio social. A mulher cumpriu a sua função de procriação. Agora, é-lhe *exigido* que seja, simultâneamente, puericultora, esposa, mãe e trabalhadora. Estas condições, como será visto adiante, são facilitadoras do desenvolvimento do distúrbio depressivo. No entanto, estes estudos centram-se, fundamentalmente, nas crenças, normas e atitudes sociais. A forma como cada mulher assimila e integra essas mesmas crenças, normas ou atitudes, e a sua influência sobre as vivências mais subjectivas da mulher, não são consideradas. Assim, apesar de poderem surgir manifestações depressivas semelhantes em culturas diferentes, não se pode concluir que estas reacções disfóricas tenham o mesmo impacto sobre as diferentes mulheres. De igual modo, se

este tipo de perturbação surge, com incidências diferentes, em culturas também elas diferentes, não se pode, do mesmo modo, assumir que se encontra intimamente ligada a aspectos culturais específicos. São bem conhecidas a, aparentemente, calma resignação da mulher japonesa, e a extrema labilidade emocional dos povos centro-africanos. Pode considerar-se que a cultura seja determinante na *expressão* dos sentimentos depressivos, e não na sua ocorrência subjectiva.

5. Factores epidemiológicos da depressão pós-parto

As investigações, que visam relacionar as variáveis preditoras da depressão pós-natal ainda são pouco consistentes ou chegam a conclusões algo dispersas e mesmo contraditórias. Esses estudos podem ser sistematizados em três categorias.

A) *Variáveis demográficas e psicossociais* (Atkinson e Rickel, 1984; Ballinger *et al.*, 1979; Brown e Shereshefsky, 1972; Brown *et al.*, 1975; Cox *et al.*, 1982; Henderson, 1977; 1981; Kendell, 1985; Little *et al.*, 1982; Mayberger e Abramson, 1980; Melges, 1968; O'Hara, Rehm e Campbell, 1983; Paykel *et al.*, 1980). O grau de perturbação emocional que se segue ao parto, não parece estar associado ao nível sócio-económico, à idade, ou à paridade (Ballinger *et al.*, 1979; Hopkins *et al.*, 1984; Jacobson, Kaij e Nilsson, 1965; Kaij, Jacobson e Nilsson, 1966; O'Hara *et al.*, 1982). Sobretudo no que respeita ao papel desempenhado pelos factores socio-económicos, a depressão pós-parto aparece como diferente da depressão genérica, não-puerperal. Esta emerge com uma maior frequência nos grupos com maiores dificuldades socio-económicas (Brown e Harris, 1978). No que respeita à idade, os dados presentemente disponíveis não são claros. Na maioria dos estudos, não se encontra qualquer relação entre esta variável e a depressão pós-parto (Ballinger *et al.*, 1979; Braverman e Roux, 1978; Jacobson *et al.*, 1965; O'Hara, 1980; Pitt, 1968; Todd e Edin, 1964). No entanto, outros estudos permitem concluir que esta perturbação é mais frequente nas mães mais jovens (Handley *et al.*, 1980; Hayworth *et al.*, 1980; Paykel *et al.*, 1980; Zajicek e Wolkind, 1978). Kumar e Robson (1978), por seu lado, verificaram que a probabilidade de desenvolvimento de uma depressão deste tipo era maior para as mães com mais de 30 anos de idade. Estes autores corroboram as conclusões de Gordon e Gordon (1959) de que mães mais velhas são as que

manifestam maiores problemas emocionais no pós-parto.

O número de filhos (paridade), tem igualmente sido estudado em relação com o fenómeno da depressão pós-natal, com resultados igualmente controversos. Por um lado tem-se defendido que não existe nenhuma relação entre a paridade e a depressão (Ballinger *et al.*, 1979; Braverman e Roux, 1978; Handley *et al.*, 1980; Hayworth *et al.*, 1980; O'Hara, 1980). Por outro, Pitt (1968) afirma que as primíparas tendem a manifestar mais reacções depressivas do que as multiparas (Kendell, 1985; Protheroe, 1969). Martin (1977) e Todd e Edin (1964), porém, consideram que esta relação é exactamente ao contrário. As primíparas têm uma probabilidade menor de desenvolverem uma depressão, quando comparadas com as multiparas (Davidson, 1972; Kaij *et al.*, 1967).

De forma a limitarem o número de variáveis envolvidas na depressão pós-natal, alguns autores restringiram os seus estudos a primíparas (Blumberg, 1980; Leifer, 1977; Manly *et al.*, 1982). Noutros estudos (Ballinger *et al.*, 1979; Cox *et al.*, 1982) Davidson, 1972; Grundy e Roberts, 1975; Hemphill, 1952; Kaij *et al.*, 1966; O'Hara *et al.*, 1982; Tod, 1964; True-Soderstorm *et al.*, 1983), não se encontraram diferenças entre esses dois grupos. A paridade não parece, assim, constituir um factor importante para a depressão pós-parto.

A ocorrência de uma gravidez não planeada, ou de problemas conjugais, ou ainda de ansiedade e/ou problemas emocionais antes do parto, podem contribuir para o agravamento do estado emocional no pós-parto. Mas, só por si, ou em conjunção com outros factores, não parecem ser importantes para a sua etiologia (Klatskin e Eron, 1970; Nilsson *et al.*, 1967a, 1967b; True-Soderstorm *et al.*, 1983).

Nilsson e colaboradores (1967b) compararam a frequência de sintomas em dois grupos de mães deprimidas. Um desses grupos era constituído por mulheres que afirmaram que a sua gravidez não tinha sido planeada. O outro grupo, bastante mais numeroso, era formado por mulheres que tinham engravidado intencionalmente. Os autores verificaram a existência de uma correlação positiva significativa entre a variável *gravidez não-planeada* e o número de sintomas manifestados no pós-parto. No entanto, ao atender apenas ao número de sintomas, negligenciando a sua gravidade, e pelo facto de ser retrospectivo, este estudo pode suscitar alguns problemas de interpretação. As mulheres deprimidas podiam ter referido que a sua

gravidez não tinha sido planeada, justamente por se encontrarem deprimidas. E pode admitir-se a ocorrência da situação inversa.

Meares *et al.* (1976) debruçaram-se sobre as relações entre a ansiedade na gravidez e a depressão pós-natal. Para estes autores, as mães recentes que manifestavam depressão eram, também, aquelas que apresentavam os índices mais elevados de ansiedade durante o período de gestação. De igual modo, as mulheres que manifestavam ansiedade de uma forma mais intensa no pré-parto apresentavam uma probabilidade aumentada de manifestarem depressão depois do nascimento do bebé. No entanto, estes autores sugerem que a ansiedade, que pode ser uma característica geral do período de gravidez, tenha uma base hormonal, na medida em que aparece ligada à depressão pós-parto.

Na literatura, a tensão pré-menstrual e as flutuações ao nível endócrino são apontadas como factores que contribuem para a ocorrência da depressão pós-parto (Kendell, Rennie *et al.*, 1981). Estes factores serão, adiante, discutidos de forma mais detalhada.

O estado civil constitui outro dos factores que têm sido bastante estudados no contexto da depressão pós-natal. Mas, tal como a idade e a paridade, o seu papel não se encontra ainda bem estabelecido. Nesta linha, O'Hara (1980) verificou a existência de uma ligação provável entre a situação de divórcio e a ocorrência da depressão. Outros autores (Blair *et al.*, 1970; Hayworth *et al.*, 1980; Paykel *et al.*, 1980; Pitt, 1968) não encontraram qualquer relação entre o estado civil e as perturbações emocionais pós-natais.

O período do ano em que o bebé é concebido, e a sua relação com a depressão puerperal, foram também alvo de diversos estudos. A influência das variações sazonais na depressão puerperal não foi corroborada na maioria desses estudos (Bagedahl-Strindland e Jansson, 1983; Kaij *et al.*, 1966). No entanto, ao estudarem 35.000 partos numa região do Reino Unido, entre 1965 e 1972, Grundy e Roberts (1975) verificaram a existência de um ponto máximo, em termos de frequência, de depressão puerperal, quando a concepção do bebé tinha lugar no primeiro trimestre do ano.

B) *História prévia de doença psiquiátrica na mulher ou na sua família* (Bridge, Little, Hayworth, Dewhurst e Priest, 1985; Hopkins *et al.*, 1984; Kendell, 1985; Kumar e

Robson, 1984; Nilsson, Kaij e Jacobson, 1967a, 1967b; Paykel *et al.*, 1980; Robin, 1962; Watson *et al.*, 1984). Num número considerável de estudos, sugere-se que existe uma ligação entre as perturbações anteriores da mãe, alvo de intervenção psiquiátrica, e a ocorrência da depressão puerperal (Ballinger *et al.*, 1979; Gordon e Gordon, 1959; Nilsson *et al.*, 1967; O'Hara, 1980; Paykel *et al.*, 1980; Tod e Edin, 1964). Noutros estudos, essa associação não foi encontrada (Dalton, 1971; Pitt, 1968). De uma forma geral, pode assumir-se que existe uma certa ligação entre as condições prévias de saúde mental, não relacionadas com o nascimento de uma criança, e a depressão puerperal. Fortalece-se, assim, a convicção de que este tipo de depressão não é diferente de outros distúrbios depressivos, que também se encontrem associados a perturbações emocionais anteriores (Paykel *et al.*, 1980). Gordon e Gordon (1959) verificaram a existência de uma correlação positiva entre a história psiquiátrica na família das puérperas e a ocorrência de depressão pós-natal. Estes dados são confirmados por Ballinger *et al.* (1979), com a particularidade de que, neste último estudo, as perturbações emocionais nos outros elementos da família ocorrerem, fundamentalmente, na infância.

Muitas outras variáveis têm sido relacionadas à depressão puerperal. Entre estas, incluem-se as complicações durante a gravidez (Davidson, 1972; Gordon e Gordon, 1959), e os problemas do foro obstétrico (Dalton, 1971; Paykel *et al.*, 1980; Pitt, 1968).

C) *Factores obstétricos* (Ballinger, 1982; Gorsuch e Key, 1974; Hopkins *et al.*, 1984; Kendell, Rennie *et al.*, 1981; O'Hara *et al.*, 1984). Davidson (1972) estudou uma população de mulheres na Jamaica tanto no período pré-parto como no pós-parto. Neste estudo não foram encontradas quaisquer associações entre problemas obstétricos e perturbações emocionais no pós-parto. Esta ausência é corroborada por Pitt (1968). Apesar deste autor ter detectado uma ligação significativa entre complicações durante a gravidez e depressão puerperal, o grupo de mulheres deprimidas após o parto não diferia do grupo controlo quer no tempo de trabalho de parto, na forma de apresentação do bebé, no uso de forceps, na recorrência a cesariana, na retirada manual da placenta, ou na ocorrência de hemorragia pós-parto, quer no facto do bebé ser prematuro ou apresentar alguma deficiência. Paykel *et al.*

(1980) referem que as depressivas apresentavam menos complicações durante o parto do que as do grupo controlo. Pelo seu lado, Kendell *et al.* (1981), verificaram que os nascimentos por cesariana se encontravam associados ao desenvolvimento de perturbações emocionais no pós-parto. Ballinger (1982) também verificou que as mulheres que foram sujeitas a uma cesariana manifestavam índices mais elevados de ansiedade e depressão, nos dias imediatos ao nascimento da criança. Contudo, os índices da ansiedade e da depressão para este subgrupo de mães, no décimo dia pós-natal, não se distinguem dos valores apresentados pelas mulheres com partos vaginais.

Os diferentes indicadores da depressão puerperal referidos na literatura dependem, naturalmente, das definições, dos critérios de depressão e dos sujeitos estudados. Inicialmente, como se viu, esperava-se que este tipo de depressão surgisse, quase exclusivamente, em primíparas. No entanto, a paridade não aparece como um determinante exclusivo para esta perturbação. Assim, a probabilidade de uma mulher ficar, ou não, deprimida durante o puerpério, não parece depender de ter um ou mais filhos. O nível sócio-económico e a idade da mãe conservam a importância que lhes tinha sido dada, desde o momento em que os investigadores trabalhem sobre amostras de dimensão reduzida. Quando essa dimensão é maior, estas condições perdem a sua relevância. Estas variáveis, o nível socio-económico e a idade, são, no entanto, elementos importantes nos estudos epidemiológicos relativos à depressão genérica, e parecem poder constituir um elemento discriminativo entre estes dois tipos de depressão. O papel desempenhado pelos *stressores* é, necessariamente, um elemento mais subjectivo, pois depende das significações subjectivas de cada mulher.

6. Factores etiológicos da depressão puerperal

A etiologia da depressão puerperal não se encontra ainda bem estabelecida. Existem, contudo, alguns aspectos bioquímicos, sociais e psicológicos que têm sido investigados de uma forma mais sistemática.

Nos anos 20 e 30 as perturbações do pós-parto, que requeriam hospitalização, eram

atribuídas a uma psicose tóxica (Madden *et al.*, 1958). No entanto, a depressão puerperal pode estar dependente de múltiplos factores, incluindo componentes fisiológicos, psicológicos e ambientais.

6.1. Factores fisiológicos

Os sintomas depressivos surgem, com frequência, durante a primeira semana depois do parto. Esta ocorrência tem levado a considerar as alterações químicas que ocorrem no organismo durante este período, como factores determinantes para as perturbações emocionais (Ballinger *et al.*, 1979; Dalton, 1971; Jarrahi-Zadeh *et al.*, 1969; Kendell, 1985; Nott, Franklin e Gelder, 1976; Paffenbarger *et al.*, 1961; Treadway, Kane, Jarrahi-Zadeh e Lipton, 1969; True-Soderstorm *et al.*, 1983; Wilson *et al.*, 1972). Estas alterações são, sobretudo:

- (a) - O nível de progesterona que decresce de 140 mg/ml para 2 mg/ml, 10 dias depois do parto (Hamilton, 1962).
- (b) - O nível de estrogénio que cai de 2100 mg/ml para 10 mg/ml, no 3º dia depois do parto (Hamilton, 1962).
- (c) - Níveis elevados de prolactina no 3º dia do pós-parto associados com os processos de galactopoiésis e lactogénese, quando os *blues* desaparecem depois do reflexo de subida do leite (Dalton, 1971).
- (d) - AMP-cíclico elevado durante o puerpério (Ballinger *et al.*, 1979).
- (e) - Déficit da hormona tiróide pituitária (Hamilton, 1962).
- (f) - Ausência de sincronia hormonal (Treadway *et al.*, 1969).
- (g) - Padrões hormonais semelhantes aos das mulheres com ansiedade pré-menstrual (Smith, 1975).

Felski *et al.* (1984) verificaram que os níveis endócrinos de progesterona e estradiol das mães deprimidas eram diferentes dos das mães não deprimidas. Para Alder e Cox (1983) o facto das mães que amamentavam parcialmente os seus bebés ao peito, intercalando este tipo de alimentação com alimentos sólidos ou biberão de leite artificial, apresentarem níveis de

prolactina mais baixos, e consequentemente uma maior probabilidade de terem valores normais nas hormonas endógenas, explica a sua menor sintomatologia depressiva, comparativamente às mães que amamentavam os seus bebés apenas ao peito. Estas apresentavam níveis de prolactina elevados e níveis baixos de estrogénio e progesterona circulante. Num trabalho posterior, Alder e os seus colaboradores (1986) não conseguiram confirmar estas observações, não encontrando diferenças entre os níveis de disposição depressiva das mães que apenas amamentavam os seus bebés e aquelas que os alimentavam com uma dieta mista. Contudo, neste último estudo os autores utilizaram uma amostra de mulheres muito reduzida, o que talvez falseasse as observações. Nott *et al.* (1976) depararam com uma relação fraca entre as alterações hormonais e os sintomas depressivos no puerpério. Concluíram, pois, que o papel desempenhado pelas hormonas nas alterações da disposição não seria tão importante como o que se pretendeu nos outros estudos deste tipo. As conclusões de Nott *et al.* são, aliás, corroboradas por Hopkins *et al.* (1984) e por Karnosh e Hope (1937).

Apesar de não se encontrar, de uma forma inequívoca, uma relação directa entre os níveis hormonais e a depressão, Smith (1975) sugere que para algumas mulheres, pelo menos de uma forma indirecta, as anomalias relacionadas com as hormonas podem estar associadas à depressão pós-parto. No ciclo menstrual normal os níveis de estrogénio e progesterona elevam-se até cerca de um ou dois dias antes do fluxo menstrual. Nesta altura decaem bruscamente. Devido à semelhança entre a dinâmica hormonal no período pré-menstrual e no pós-parto, as mulheres que sofrem de tensão pré-menstrual, cuja manifestação é semelhante à da depressão, devem também experienciar depressão pós-natal.

Todavia, tanto a tensão pré-menstrual como outros problemas relativos à menstruação parecem estar mais relacionados com os *blues* do que com a depressão pós-parto (Nott *et al.*, 1976; Gelder, 1978; Yalom *et al.*, 1968). Cutrona (1981) e O'Hara (1980) não encontraram, aliás, qualquer relação entre a depressão mais prolongada e a tensão pré-menstrual.

Apesar de atraente, a hipótese de que as alterações hormonais se encontram ligadas às perturbações do puerpério não conduz a conclusões relevantes, sejam elas em termos de prognóstico, de terapêutica ou de profilaxia (Swier, 1985). Exceptuando o caso da tensão pré-

-menstrual, a qual parece estar associada aos *blues*, não foram encontradas quaisquer outras ligações consistentes entre as hormonas e a depressão pós-natal. Parlee (1976), contudo, sugere que tanto na tensão pré-menstrual como na depressão pós-parto intervêm factores psicológicos. Pelo que uma associação entre estes dois processos patológicos não implica necessariamente que partilhem de uma etiologia biológica semelhante.

Para além das variações hormonais *per se*, outras alterações bioquímicas relacionadas, ou não, com estas variações, têm sido estudadas em relação com a depressão puerperal.

A queda nos adrenoceptores alfa-2 das plaquetas, após o nascimento do bebé, corresponde a níveis baixos de circulação de estrogénio e progesterona na mãe. Metz *et al.* (1983) verificaram que dois terços das mães, que manifestavam *maternity blues* tinham uma capacidade de adrenoceptores alfa-2 das plaquetas mais alta do que as mulheres que não manifestavam essas reacções de tipo depressivo, e também mais alta do que um grupo normal de mulheres menstruadas. Estes autores concluíram que o choro e a labilidade emocional dos *maternity blues* podem estar relacionados com uma mudança brusca do nível hormonal. Para as mulheres que manifestavam as alterações de disposição mais significativas, a expulsão de AMP-cíclico era mais elevada alguns dias após o parto do que dois a três meses mais tarde (Ballinger *et al.*, 1979). Por sua vez, a actividade da monoamina oxidase encontrava-se, nas mulheres com os *maternity blues*, significativamente correlacionada com a depressão pré- e pós-parto (George e Wilson, 1981).

As aminas biógenas, norepinefrina e serotonina, conjuntamente com alterações nas hormonas gonadais associadas ao ciclo menstrual, à gravidez e ao puerpério, podem estar relacionadas com uma susceptibilidade para as perturbações afectivas (Collins, Eneroth e Landgren, 1985; Herzog e Detre, 1976; Treadway *et al.*, 1969; Young, Smith, Pihl e Erwin, 1985). A reciclagem dos neurotransmissores da catecolamina no cérebro, norepinefrina e serotonina, é, aparentemente, influenciada pelos antidepressivos tricíclicos, os quais aliviam os sintomas de depressão (Coppen, Eccleston e Peet, 1973). A ligação da serotonina às proteínas do plasma encontra-se aumentada em mulheres que apresentam reacções depressivas, provocando, assim, uma redução no triptofano livre. As mulheres, cujo humor se encontrava mais alterado durante a semana depois do parto, em que se encontravam ainda no

hospital, tinham um nível de triptofano livre mais baixo do que as que não manifestavam reacções depressivas, e do que um grupo de mulheres doentes, hospitalizadas por outras razões (Handley *et al.*, 1980; Stein *et al.*, 1976). No entanto, o tratamento com triptofano, três vezes ao dia durante dez dias, após o nascimento do bebé, não reduziu os *maternity blues* (Harris, 1980). Concluiu-se, assim, que o nível baixo de triptofano livre é um epifenómeno que ocorre conjuntamente com os *blues*.

O estatuto actual das teorias bioquímicas relativas à depressão pós-parto não se encontra ainda claramente definido. Duvida-se que o seja, enquanto não se compreender melhor a relação entre os níveis hormonais e a disposição depressiva (Hopkins *et al.*, 1984). Assim, os modelos bioquímicos não fornecem uma fundamentação adequada para a depressão puerperal. As conclusões dos diferentes estudos são contraditórias. Admite-se, porém, que tenham alguma utilidade para a acção médica. Pelo menos nos dias imediatos ao parto, onde as alterações fisiológicas no organismo da mulher são importantes. Mas, para melhor se compreenderem as mudanças emocionais das mães, devem levar-se em linha de conta outros factores, tais como o desejo de ter um filho e as consequências psicológicas do parto.

6.2. Factores psicológicos

Um dos argumentos mais fortes a favor de uma causalidade psicológica da depressão pós-parto reside no facto desta poder ocorrer nos progenitores masculinos e em pais adoptivos. Assim, Quadagno e colaboradores (1986) avaliaram 20 estados diferentes de disposição em 21 casais, durante o último trimestre da gravidez, durante o período pós-parto e, novamente, 6 meses depois do nascimento do bebé. Os autores constataram que no pós-parto a pessoa não é mais susceptível às reacções depressivas do que nos outros períodos. Curiosamente, os padrões de resposta apresentados pelos homens e pelas mulheres eram muito semelhantes, salientando-se o *entusiasmo* e a *felicidade*, mas também o *nervosismo*, a *preocupação*, o *desamparo* e a *ansiedade*. Apesar destes estados de humor não permitirem, por si só, caracterizar a depressão, o facto deles ocorrerem de forma semelhante nos dois sexos parece indicar que os determinantes hormonais e bioquímicos, ligados à gravidez ou ao parto, têm uma importância reduzida nas alterações emocionais da mãe depois do nascimento

do bebê. Os factores psicológicos terão, assim, uma influência mais significativa na etiologia destas perturbações.

Estes aspectos são, igualmente, referidos por Shapiro e Nass (1986) na descrição de um caso de psicose pós-parto num homem. Os autores estabelecem uma identificação entre as perturbações de ordem fisiológica, que caracterizam o síndrome de *couvade* —experienciação e manifestação pelo progenitor masculino de sintomas de gravidez — e uma perturbação de cariz psicogénico, que se pode manifestar a diversos níveis, indo desde alterações ligeiras da disposição até às reacções psicóticas. O reconhecimento da existência deste tipo de situações vem, a par do trabalho de Quadagno e colaboradores (1986), fortalecer a importância atribuída aos factores psicológicos na etiologia da depressão pós-parto.

6.2.1. Variáveis de personalidade e atitudinais

Os factores psicológicos têm vindo a ser considerados como determinantes poderosos das perturbações emocionais depois do parto.

Tentoni e High (1980) sugeriram que a depressão pós-parto se encontra, em parte, relacionada com as expectativas de papel relativas à maternidade e à condição de mulher e mãe. Estes papéis têm sofrido mudanças drásticas nos últimos 50-60 anos. Para estes autores, a depressão pós-natal será uma perturbação induzida culturalmente. Apoiados num pequeno questionário de 10 itens, a que 49 primíparas responderam, conseguiram isolar três factores, relacionados com uma perda de auto-estima: (a) alterações nas proporções corporais; (b) mudanças nas atitudes públicas; e (c) mudanças na vida social.

Com o seu início aproximadamente no terceiro mês de gravidez, a alteração do volume do corpo seria apontada de forma negativa pelo meio social, provocando uma baixa na auto-estima. Este sentimento seria reforçado, quando a mulher se visse obrigada a mudar todo o seu guarda-roupa, atendendo a essa modificação. Ligado a este determinante, encontra-se um outro relacionado com o valor e a importância atribuídos à parentidade. De algum modo, ser mãe (ou mesmo, neste caso, ser pai), não é visto como sendo uma carreira ou profissão. Apesar de poder ser mais difícil *ser pai*, ou assumir-se a condição e as tarefas parentais, do que exercer qualquer profissão institucionalizada como tal. Ser apenas mãe, sem outro tipo de

trabalho sancionado pela sociedade, tornar-se-ia um alvo de crítica social. De facto, hoje em dia, ser doméstica é encarado como um termo quase perjurativo, significando para muitos alguém que não produz. Estas tarefas, que muitas mulheres desempenham sobretudo nas últimas semanas da gravidez, para prepararem as novas condições familiares, pode levar a um abaixamento da auto-estima. O enclausuramento dentro de casa, ainda hoje bem patente em grande número de mulheres em avançado estado de gravidez, retira, também, à futura mãe a possibilidade de manter uma actividade social satisfatória e, consequentemente, pode provocar uma redução dessa auto-estima. Para Tentoni e High (1980), estes três factores encontram-se interrelacionados, criando um ciclo vicioso de que a mulher terá alguma dificuldade em sair. Constituem como que o alicerce do desenvolvimento da depressão puerperal. Procurando explicar a importância destes factores, os autores recorrem à teoria da dissonância cognitiva (Festinger, 1957) e a uma teoria relacionada com níveis de auto-avaliação (Thibaut e Kelly, 1959).

Na teoria da dissonância cognitiva, afirma-se que, quando confrontada com dois aspectos contraditórios na experiência do dia-a-dia, a pessoa procura harmonizá-los ou torná-los congruentes, fazendo com que a discordância seja eliminada. No caso da mulher grávida, os elementos em contradição serão o apoio e o encorajamento de que é alvo por parte das pessoas que a rodeiam, e as atitudes sociais negativas que dizem respeito à maternidade. Ao tentar resolver esta dissonância, a futura mãe tornar-se-á insegura relativamente a si própria e ao papel maternal que, futuramente, irá desempenhar.

Segundo o modelo de Thibaut e Kelly (1959), o critério de auto-avaliação para uma dada pessoa é definido em função dos resultados que obtém e que são considerados como neutros, em termos de satisfação pessoal. Resultados melhores produzem uma maior satisfação. Especificamente, o grau de satisfação é contingente à distância que os resultados obtidos apresentam, relativamente aos neutros. Deste modo, o critério para a auto-avaliação que a futura mãe irá estabelecer será, em primeiro lugar, influenciado pelas suas próprias experiências e, em segundo, pelas experiências referidas pelos outros. Um bom estado físico e emocional levará a que a mulher se sinta bem. Ao interagir com outras mulheres, que já tiveram filhos, inevitavelmente ouvirá relatos e opiniões negativas relativas à maternidade.

Estas interacções tenderão a fazer baixar o critério de auto-avaliação que essa mulher tinha estabelecido. Desta forma, a satisfação que sentirá será menor. Para os autores, a experiência vicariante será mais poderosa que a experiência directa na influência que exerce sobre o critério de auto-avaliação da mulher, levando-a a sentir uma baixa de auto-estima, sentimentos de inadequação e, provavelmente, a colocar-se questões de ordem existencial.

Outras investigações sobre a depressão em mulheres (Weissman e Paykel, 1974) têm mostrado que certas características dos distúrbios depressivos (p. ex., dependência, submissão, culpa), não se encontram necessariamente presentes, antes ou depois do episódio depressivo puerperal. Este facto leva a considerar-se cuidadosamente as conclusões dos trabalhos sobre mulheres deprimidas. Nesta óptica, Pitt (1968) observou 305 mulheres nos períodos pré e pós-parto. Neste estudo, o autor descreve uma personalidade predisposta para a depressão pós-parto caracterizada por um excesso de controlo e tendência para a introversão. Naquele que é, talvez, o estudo mais extenso sobre variáveis de personalidade associadas à depressão puerperal, Shereshefsky e Yarrow (1973) referem dois factores que afirmam constituir bons preditores deste tipo de depressão: (a) força do *ego*; e (b) educação (aprendizagem). Neste trabalho, os autores verificaram que mulheres com um padrão de respostas inadequado para novas situações são mais vulneráveis à emergência de depressão. No entanto, dado que os autores se basearam fundamentalmente em medidas indirectas, esta interpretação é discutível.

As *atitudes concretas* das mulheres permitem uma avaliação mais directa. Deste modo, vários estudos têm procurado investigar qual a influência destas atitudes durante a gravidez, nascimento e maternidade no ajustamento pós-natal. As conclusões a que têm chegado são consistentes. As atitudes negativas ou ambivalentes relativas à gravidez e à maternidade permitem prever, razoavelmente, a ocorrência de depressão no período pós-natal (Gordon e Gordon, 1960; Nilsson e colaboradores, 1967; Shereshefsky e Yarrow, 1973). Shereshefsky e Yarrow (1973) verificaram que atitudes reveladoras de aceitação da gravidez encontram-se relacionadas com a adaptação, posterior, ao papel maternal. Para estes autores, a capacidade de se ver a si própria como mãe, e um esclarecimento acerca do papel a desempenhar permitem prever, com bastante segurança, o nível de adaptação maternal.

Tratar-se-á de um conjunto de atitudes (ou sistema atitudinal) relacionadas com uma *identificação feminina*.

Muitos autores pensam que as mães que manifestam atitudes menos favoráveis à gravidez e à maternidade, encontram também maiores dificuldades em assumir o *papel feminino* (Pitt, 1968; Kaij e Nilsson, 1972). Gordon e colaboradores (1965) salientam que existe uma interacção entre atitudes e variáveis socio-ambientais. Para isso, estudaram a história pessoal e social de 435 mulheres. E delinearam um factor, a que chamaram *conflito de papel maternal*, que parece reflectir o *stress* a que uma mãe está actualmente sujeita, quando tenta mudar o seu papel e/ou estatuto social. Este factor está relacionado com expectativas de preparação para o sucesso no mundo exterior, assim como de capacidade de progresso ou evolução social, educacional e económica. Estas expectativas, se não são objectivadas, podem contribuir para a ocorrência de um conflito entre a *mulher moderna* e o papel de mãe. No entanto, o factor *conflito de papel maternal* encontra-se, igualmente, associado com a falta de apoio emocional respeitante às responsabilidades maternas, e com as reacções *anormais* à gravidez e à maternidade. Um segundo factor, também associado a estas reacções, foi denominado *insegurança pessoal*. Neste mesmo estudo, referia-se que as mulheres com problemas fundamentalmente relacionados com a insegurança pessoal têm menos probabilidade de sofrerem de problemas emocionais prolongados, do que as que apresentam conflitos de papéis. Assim, apesar das atitudes relativas à maternidade e à gravidez, quando avaliadas durante o período de gestação, poderem indicar qual o nível de ajustamento de uma mulher no pós-parto, não são suficientes para prever esse nível.

A *identidade sexual* também tem sido apontada como estando relacionada com os sintomas psicológicos depois do parto. Nilsson e Almgren (1970) verificaram que as mulheres, que se consideravam como mais *masculinas* do que a generalidade das mulheres, eram as que se queixavam de menos sintomas depressivos durante a gravidez. Contudo, estas mulheres reportavam a ocorrência de mais sintomas no período pós-parto. De igual modo, referiam ter tido pouco contacto com as suas próprias mães durante a adolescência.

Várias outras variáveis de natureza psicológica têm sido, recentemente, alvo da atenção dos investigadores. Parecem ter uma particular relevância as expectativas pré-natais

relativas ao parto e à experiência de maternidade (Belsky, Ward e Rovine, 1986; Knight e Thirkettle, 1987), e a auto-eficácia (Cutrona e Trautman, 1986; Oloff e Aboud, 1991).

Belsky e colaboradores (1985) procuraram determinar quais os factores e processos que podem influenciar as alterações conjugais depois do nascimento de um primeiro filho. Paralelamente, investigaram qual a importância das discrepâncias entre as expectativas, desenvolvidas pelos pais antes do bebé nascer, e as experiências vividas, de facto, no período pós-natal, tanto a nível individual como a nível familiar. Contrariamente ao senso comum, segundo o qual os futuros pais desenvolvem expectativas irrealistas quanto às dificuldades que irão enfrentar depois do nascimento do bebé, o que os pode levar efectivamente a essas dificuldades, Belsky *et al.* (1985) verificaram que os casais, que esperam o primeiro filho, não apresentam expectativas incongruentes com as experiências que irão ter posteriormente, já no período pós-natal. Acentue-se que, quando se verificam essas incongruências, são justamente as mulheres que mais ressentem os seus efeitos. Particularmente quando o desfazimento entre as expectativas e as experiências vividas é negativo, isto é, quando os acontecimentos se revelam mais negativos do que esperado. Para Belsky *et al.* (1985), estes resultados não são inesperados, na medida em que é justamente a mulher que sofre de uma alteração maior no seu estilo de vida, depois do nascimento de um bebé e, consequentemente, é mais afectada pelas perdas não antecipadas (ou expectativas não confirmadas).

Knight e Thirkettle (1987), utilizando uma amostra de 98 primíparas que frequentavam cursos de preparação para o parto, procuraram determinar qual a relação entre as expectativas dessas mulheres em relação às dores de parto e ao nascimento do bebé, e os níveis de depressão nos 10 dias que se seguem ao parto. Neste trabalho, os autores constataram que as expectativas acerca das dificuldades ou facilidades do trabalho de parto podem resultar das suas interacções com os médicos, das suas experiências nas aulas de preparação para o parto, da experiência da gravidez e das conversas tidas com as suas mães acerca desta experiência. De forma geral, neste trabalho, os autores concluíram que a experiência do nascimento não se encontra relacionada com as antecipações das mulheres. Contudo, as que classificam o nascimento como desagradável são as que, retrospectivamente, não esperavam esse desenlace. Apesar disso, os autores não verificaram a existência de qualquer relação entre as

expectativas relativas ao nascimento e a ocorrência de depressão durante a primeira semana pós-parto.

A auto-eficácia (Bandura, 1977), constitui um dos determinantes psicológicos que menos atenção tem merecido por parte dos diferentes autores. Como se sabe, a auto-eficácia tem a ver com as expectativas que a pessoa constrói sobre a aptidão para desempenhar com sucesso comportamentos concretos e específicos. Um dos temas mais frequentes, relatados pelas mães, refere-se à falta de confiança em si mesmas e à existência de uma ansiedade bem marcada, relativa à capacidade para se ocuparem do bebé. As mães consideram que não conseguem lidar com as exigências que lhes são impostas pelo novo papel, estimando-se incompetentes (Leifer, 1977; Pitt, 1968). Estas convicções podem ser adquiridas durante a gravidez, e continuar durante o período pós-natal (Leifer, 1977). Podem influenciar negativamente o desenvolvimento das atitudes maternas, incluindo as estratégias adequadas de confronto. Oloff e Aboud (1991) debruçaram-se sobre os efeitos exercidos pelas crenças e expectativas de competência das mães sobre as suas emoções e o seu comportamento no período pós-parto. Utilizando uma amostra constituída por 40 mulheres, que esperavam o seu primeiro filho, os autores realizaram um estudo longitudinal de forma a poderem determinar se as diferenças individuais relativas à auto-eficácia e à auto-estima, poderiam funcionar como factores de predisposição da disforia, depois do nascimento do bebé. Neste estudo, Oloff e Aboud (1991) verificaram que tanto a auto-eficácia como a auto-estima, avaliadas durante a gravidez, são bons preditores da disforia pós-natal. Contudo, os resultados apresentados também sugerem que a auto-eficácia parental só começa a fazer sentir a sua influência sobre a disposição depois do nascimento da criança. Apesar das percepções da auto-eficácia parental serem razoavelmente estáveis desde o final da gravidez até ao início do período pós-natal, estas auto-avaliações só se encontravam associadas com a disforia depois do nascimento do bebé. Oloff e Aboud (1991) concluíram que a auto-eficácia parental negativa e a auto-estima baixa durante a gravidez, podem ambas servir de preditores de vulnerabilidade da disforia pós-parto.

Num trabalho anterior, Cutrona e Troutman (1986) também procuraram determinar qual o papel da auto-eficácia maternal, em associação com o temperamento do bebé e a ajuda

de que a mulher depressiva pode dispor. Estas autoras propõem um modelo mediacional para este tipo de depressão, no qual estas três variáveis encontram-se relacionadas. A auto-eficácia materna revela-se como o elemento mais importante, explicando os efeitos e as influências dos outros dois. Trabalhando sobre uma amostra de 55 mulheres casadas, incluindo primíparas e múltiparas, Cutrona e Troutman (1986) avaliaram o temperamento do bebé, a disposição das mulheres, e o tipo de ajuda de que podiam beneficiar. Os resultados sugerem que o temperamento da criança está fortemente ligado à depressão pós-natal. Do mesmo modo, refere-se que a auto-eficácia, avaliada três meses após o parto, encontra-se associada com reacções depressivas moderadas, podendo, também, explicar os efeitos da ajuda exterior na disposição. Assim, as mulheres que têm a possibilidade de recorrer a outras pessoas apresentam uma maior confiança nas suas capacidades para desempenharem adequadamente o papel de mães. Esta confiança contribui significativamente para evitarem sentir-se deprimidas.

Os estudos, acima descritos, permitem delinear o perfil psicológico da depressiva puerperal típica. Assim, a mulher ainda não readquiriu uma forma física semelhante à anterior à gravidez, não está empregada, e passou os últimos tempos da gravidez fechada em casa. Sente-se muito insegura, principalmente em relação aos deveres e responsabilidades maternos. Durante a gravidez, não se sentia suficientemente esclarecida sobre as implicações de ser mãe, não conseguindo ver-se nesse papel. A auto-estima é reduzida. Tende para o retraimento ou a introversão. Tem uma necessidade excessiva de controlo. A sua capacidade de adaptação à novidade é reduzida. No entanto, quer envolver-se no mundo do trabalho. Devido à falta de ajuda efectiva ou antecipada, nas tarefas familiares, vive o conflito entre o desejo de ser uma *mulher moderna* e a necessidade de assumir, em pleno, o papel de mãe. Considera-se pouco feminina. Durante a gravidez, criou expectativas irrealistas quanto às dificuldades que iria enfrentar depois do nascimento do bebé, pensando que tudo seria mais fácil. A insegurança leva-a a considerar-se como incapaz de se ocupar do bebé, o que a faz sentir-se muito ansiosa. Considera que a criança tem um temperamento difícil. A ajuda de que beneficia, por parte de outrem, é reduzida.

Qualquer uma destas características parece ser suficiente para ocasionar ou, pelo

menos, facilitar, a ocorrência de reacções depressivas. Contudo este perfil é como uma manta de retalhos, pois os estudos que lhe dão origem, são muito moleculares, tornando aleatória a caracterização da depressiva puerperal.

Contudo, é de salientar a importância das expectativas durante a gravidez, em relação às dificuldades com que irá deparar depois do nascimento do bebé. De igual modo, a atribuição de auto-eficácia parece ser determinante para o desenvolvimento de sentimentos de competência, particularmente no que se refere aos cuidados a dispensar à criança.

6.2.2. Factores ansiogêneos, acontecimentos de vida e suporte social

O nascimento de uma criança é um acontecimento repleto de situações perturbadoras; susceptíveis de desencadear sintomas emocionais e atitudinais (Sclaire, 1955; Swartz, 1982). A teoria do stress, tem sido considerada adequada para descrever o processo da depressão pós-parto (Atkinson e Rickel, 1984; Blumberg, 1980; Clarke e Williams, 1979; Cutrona, 1983; Gorsuch e Key, 1974; Hemphill, 1952; Herzog e Detre, 1976; Holmes e Rahe, 1967; Hopkins *et al.*, 1984; Jones, 1978; Leifer, 1977; Little *et al.*, 1981; Madden *et al.*, 1958; Nuckolls, Cassel e Kaplan, 1972; O'Hara, 1986; O'Hara *et al.*, 1982, 1983, 1984; Paykel *et al.*, 1969, 1980; Saks *et al.*, 1985; Watson *et al.*, 1984). Para os defensores desta perspectiva, este processo permite-lhas testar as suas asserções sobre distúrbios depressivos, em geral, e reacções de ansiedade, dada a frequência com que estes dois tipos de sintomas ocorrem em conjunto depois do nascimento de uma criança (Kendell *et al.*, 1976; Rabkin e Struening, 1976).

De acordo com a teoria do stress, a depressão pós-parto ocorria, sobretudo, nos partos mais difíceis. No entanto, se bem que alguns estudos tenham concluído que as *cesarianas* se encontram relacionadas com uma maior incidência da depressão puerperal (Ballinger, 1982; Kendell, Rennie *et al.*, 1981), outros estudos não corroboram essa perspectiva (Cox *et al.*, 1982; Hopkins *et al.*, 1984; True-Soderstorm *et al.*, 1983). Do mesmo modo, de acordo com a referida teoria, a depressão pós-parto ocorreria com mais frequência em situações de nado-mortos. Porém, nem esta condição, nem o nascimento de gémeos parecem contribuir de modo significativo para o aparecimento de reacções depressivas

(Kendell, 1985; Kendell, Rennie *et al.*, 1981). No entanto, outros factores potencialmente ansiogéneos têm sido alvo de análise no contexto da depressão pós-natal. Salientam-se o relacionamento conjugal e familiar (Braverman e Roux, 1978; Dimitrovsky *et al.*, 1987), as complicações durante a gravidez e o parto (Holmes e Rahe, 1967), o nascimento de uma criança em risco (Blumberg, 1980), e o temperamento do bebé (Cutrona e Troutman, 1986).

Gordon *et al.* (1959, 1960, 1965) foram os primeiros a investigar quais os efeitos de *stressores*¹ psicossociais no desenvolvimento de perturbações emocionais nas puérperas. Observando 98 primíparas, verificaram que a frequência de situações de ansiedade a que estas mães estavam sujeitas (e.g., mudança de residência; pouca ajuda dada à puérpera durante as primeiras semanas depois da alta da maternidade; indisponibilidade do marido durante as semanas que decorrem imediatamente depois do parto), se encontra positivamente associada à perturbação emocional (Gordon e Gordon, 1959). Tendo estruturado um programa de prevenção para ensinar as grávidas a confrontar as situações perturbadoras, Gordon e Gordon (1960) verificaram que as mulheres, que frequentavam esse programa, quando comparadas com outras que assistiam a cursos pré-natais tradicionais, manifestavam menos perturbações emocionais no período do pós-parto. As mudanças preconizadas neste programa preventivo consistiam, particularmente, no aumento da disponibilidade do marido, no aumento de contactos sociais com outros casais que tivessem crianças pequenas, e na procura de ajuda competente para cuidar do bebé. Noutro estudo, Gordon *et al.* (1965), verificaram que as mulheres que estão confrontadas com situações ansiogéneas mais graves e prolongadas, acabavam por ter problemas emocionais igualmente prolongados e estáveis.

Por sua vez, Paykel *et al.* (1980) usaram uma entrevista estruturada para avaliar os acontecimentos de vida e o nível de depressão em 120 puérperas. Estas observações foram efectuadas cerca de seis semanas depois do nascimento dos bebés. Constataram que as mulheres que manifestam reacções depressivas são justamente as que relatam o maior número de acontecimentos de vida perturbadores, tanto durante o período de gravidez como no puerpério. A diferença entre as mulheres, que apresentam perturbações emocionais depois do parto, e aquelas que as não manifestam, era particularmente importante no que respeita às

¹ O TERMO *STRESSOR* É AQUI USADO POR NÃO EXISTIR UM TERMO NA LÍNGUA PORTUGUESA QUE EXPRIMA, DE FORMA SATISFATÓRIA, A MESMA IDÉIA. POR ESTE FACTO PEDB-SE DESCULPA PELO SEU USO.

percepções e ao impacto dos acontecimentos de vida. As mulheres mais deprimidas referem ter estado, ou estar ainda, sujeitas a acontecimentos de vida percebidos como indesejáveis, e com um impacto mais negativo. Neste estudo, conclui-se ainda que o relacionamento conjugal, quando deteriorado ou problemático, constitui um factor de ansiedade, que contribui fortemente para o desenvolvimento de uma depressão puerperal.

Numa série de estudos, O'Hara *et al.* (1982, 1983, 1984; O'Hara, 1986) procuraram determinar qual a influência exercida pelos acontecimentos de vida e pela ajuda de outrem na etiologia da depressão pós-parto. Partiam da asserção de que a depressão puerperal tem origem na ansiedade associada à gravidez, ao trabalho de parto, ao parto propriamente dito, e às responsabilidades de ter de cuidar do bebé. Estes *stressores*, interagindo com a vulnerabilidade biológica ou psicológica da mulher, conduzem ao desenvolvimento do processo depressivo.

No primeiro estudo (O'Hara *et al.*, 1982), analisou-se a influência do ajustamento social, dos acontecimentos existenciais durante a gravidez e o puerpério, e da ansiedade associada ao próprio parto. A amostra era constituída por 170 mulheres, acompanhadas a partir do segundo trimestre de gravidez. Procuraram, igualmente, avaliar a vulnerabilidade à depressão e o nível das reacções depressivas. Cerca de 11 semanas depois do parto, procedeu-se a nova avaliação do nível de depressão e dos acontecimentos de vida que tivessem ocorrido desde o início da gravidez. O valor ansiogéneo do parto foi avaliado através dos registos médicos disponíveis. Os autores concluíram que o nível de depressão durante a gravidez parece ser o melhor preditor da depressão pós-natal. As medidas de ansiedade associadas tanto aos acontecimentos de vida como ao parto em si, também se revelam como bons indicadores da gravidade da sintomatologia depressiva. Contudo, a ansiedade associada ao parto apresenta uma relação inversa com o nível de sintomatologia no pós-parto. Se bem que os acontecimentos de vida mais ansiogéneos durante a gravidez e depois do parto se encontrem associados com a sintomatologia mais exacerbada no puerpério, são os níveis mais baixos de ansiedade associada ao parto, que revelam melhor essa associação (O'Hara *et al.*, 1982).

No estudo seguinte, O'Hara *et al.* (1983) confirmaram parte das conclusões retiradas

do trabalho anterior. Deste modo, verificaram, de novo, que os acontecimentos de vida antes e depois do parto diferenciam as mulheres deprimidas das que o não são. As deprimidas referem mais acontecimentos de vida ansiogêneos.

No entanto, não conseguiram replicar a relação negativa entre a ansiedade associada ao parto e a sintomatologia depressiva. Neste aspecto, as mulheres deprimidas e as não deprimidas não apresentam diferenças significativas.

Num terceiro trabalho, O'Hara *et al.* (1984) utilizaram uma amostra de 99 mulheres durante o seu segundo trimestre de gravidez e acompanharam-nas até cerca de 6 meses após o parto. Para além do nível de depressão pré-parto, avaliaram o ajustamento conjugal e outras variáveis psicológicas relacionadas com a gravidez. Cerca de 9 semanas depois do nascimento do bebé foram, de novo, avaliados a sintomatologia depressiva e o ajustamento conjugal, os acontecimentos de vida desde o início da gravidez, os factores de risco associados ao parto, e a ansiedade associada ao cuidar do bebé. Conclui-se que os preditores mais significativos da depressão pós-natal incluem a sintomatologia depressiva durante a gravidez, especificamente no segundo trimestre, os factores de risco obstétrico, e o número de situações ansiogêneas relacionadas com os cuidados a ter com a criança.

Finalmente, no último estudo desta série (O'Hara, 1986), o autor, ao procurar verificar se as depressões pré- e pós-parto apresentavam características semelhantes, constatou que as mulheres que se apresentam deprimidas durante a gravidez não se distinguem das não deprimidas, em termos do número de acontecimentos de vida perturbadores desde o início da gravidez. Contudo, os acontecimentos de vida ocorridos depois do parto diferenciam as que apresentam uma sintomatologia depressiva pós-natal das restantes. Os acontecimentos de vida ansiogêneos recentes encontram-se associados à depressão pós-parto, não o estando em relação à depressão na gravidez.

Como referido anteriormente, têm sido identificadas várias situações ansiogêneas específicas no processo puerperal. No entanto, poucos estudos têm tentado medir a intensidade dessa ansiedade (Arizmendi e Affonso, 1987). Utilizando uma escala analógica visual, Barnett *et al.* () procuraram medir o grau de ansiedade desencadeada pelos acontecimentos associados ao nascimento de um bebé. Por sua vez, Arizmendi e Affonso

(1987) procuraram identificar os acontecimentos ansiogéneos que se encontram ligados, especificamente, ao processo de maternidade. Assim, questionaram 221 mulheres relativamente aos acontecimentos de vida que consideravam ansiogéneas. As fontes de ansiedade mais frequentemente referidas dizem respeito às situações ansiogéneas de natureza física, aos conflitos entre a imagem corporal e a auto-imagem, às preocupações ou expectativas relativas ao bebé, e às mudanças nos padrões de vida. O receio de que a criança não venha a ser saudável aparece como um elemento de perturbação poderoso. As preocupações relacionadas com as responsabilidades parentais aumentam desde o primeiro trimestre de gravidez até ao pós-parto. No terceiro trimestre os acontecimentos mais ansiogéneos são, por ordem decrescente de intensidade, as perturbações no relacionamento com o marido/companheiro, a saúde do bebé, os cuidados com os outros filhos, as reacções das outras pessoas, a fadiga, os medos e outras preocupações, o ganho de peso, a competência parental, a antecipação de acontecimentos relacionados com o parto e o trabalho de parto, e os problemas financeiros. No período pós-parto, o facto do bebé estar doente surge como o acontecimento mais perturbador, seguido das memórias relativas ao trabalho de parto e ao parto propriamente dito, da perda de peso e da recuperação da forma física, da recordação da cesariana (para as mulheres que a sofreram). Adicionalmente, surge a saúde do bebé, os problemas financeiros, as perturbações do sono, a amamentação, a fadiga e o choro do bebé. Em geral, os efeitos dos acontecimentos ansiogéneos variam em função do momento do processo de maternidade. As antecipações mais perturbadoras dizem respeito ao medo ou às preocupações relacionadas com o parto e com o bem estar da criança. O acontecimento externo que se mostrou mais perturbador diz respeito às interacções com o marido/companheiro. O factor físico que parece mais relevante para o desconforto da mulher no final da gravidez, e depois do parto, parece ser a imagem corporal. Esta está, naturalmente, ligada à auto-estima. Refira-se que a auto-estima tem sido tradicionalmente associada às perturbações de tipo depressivo (Beck *et al.*, 1979).

Como foi referido no estudo anterior, o nascimento de uma criança em situação de risco parece constituir um elemento particularmente influente para o desenvolvimento de uma sintomatologia depressiva no pós-parto. Blumberg (1980) procurou estudar os efeitos desse

acontecimento sobre o ajustamento pós-parto das mães. Constatou que, quanto mais elevado é o risco associado ao bebé, mais elevados são os níveis de depressão e ansiedade da mãe, assim como mais negativas são as avaliações que a mulher faz da criança.

O temperamento do bebé constitui outra variável potencialmente influente no estabelecimento de reacções depressivas. Parece lógico pensar-se que será mais difícil para uma mãe cuidar de um bebé irrequieto, e com um comportamento de choro constante, do que de um outro bebé mais sossegado, que apenas chora quando tem fome. Assim, a ansiedade da mãe inerente aos cuidados a ter com a criança, varia necessariamente função do comportamento daquela. Nesta linha, Atkinson e Rickel (1984) procuraram estudar a relação entre as perturbações dos pais devidas às exigências associadas aos cuidados dispensados aos bebés e a depressão puerperal. Trabalhando com uma amostra constituída por 78 casais, que tinham tido recentemente o primeiro filho, as autoras avaliaram a duração das actividades relacionadas com os cuidados a dispensar ao bebé, as opiniões dos pais sobre os problemas do comportamento ou do temperamento dos bebés, e a frequência e agradabilidade de acontecimentos referidos por esses casais como sendo reforçadores. Paralelamente, avaliaram o nível da sintomatologia dos participantes na amostra. Os resultados mostraram que o melhor preditor da depressão puerperal é o nível de sintomatologia depressiva pré-parto. Contudo, a depressão encontra-se, também, associada às restantes variáveis utilizadas para avaliar as perturbações dos pais face ao temperamento da criança. Todavia, as reacções dos dois progenitores são diferentes. Nas mulheres, o segundo preditor da depressão diz respeito a uma frequência baixa de acontecimentos considerados agradáveis. Nos homens, consiste na percepção mais negativa do comportamento do bebé. De uma forma geral, pode afirmar-se que, para as mães, a duração das tarefas relacionadas com o cuidar da criança encontra-se positivamente associado à depressão pós-parto. Enquanto que, para os pais, são as expectativas não confirmadas relativas ao comportamento do bebé que apresentam esse tipo de associação (Atkinson e Rickel, 1984).

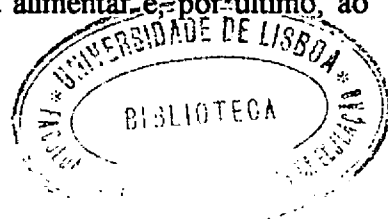
Cutrona e Troutman (1986) partiram da hipótese de que o ter de se ocupar de um bebé com um temperamento difícil constitui um risco significativo para o começo e a evolução da sintomatologia depressiva, nos meses que se seguem ao parto. Utilizando uma amostra de 55

mulheres, as autoras avaliaram, três meses depois do parto, o nível de depressão e a percepção do temperamento do bebé. Paralelamente, obtiveram medidas comportamentais do choro da criança através dos registos feitos pelas mães durante uma semana, e da observação directa. Os resultados obtidos sugerem que o temperamento da criança se encontra relacionado com a sintomatologia depressiva referida pelas mães, quer directamente quer através do seu impacto na diminuição da auto-eficácia maternal.

Hopkins *et al.* (1987) levaram a cabo um estudo onde procuraram determinar qual a influência do estatuto de risco do bebé e do seu temperamento, assim como das situações ansiogéneas psicossociais, no desenvolvimento da depressão pós-natal. Neste trabalho, a ansiedade associada aos acontecimentos de vida não permite distinguir entre as mulheres que apresentam reacções depressivas e as outras. No entanto, estes dois grupos distinguem-se em relação às complicações neonatais e às percepções do temperamento do bebé. Os bebés, cujas mães manifestam uma sintomatologia depressiva no pós-parto, também apresentam uma maior incidência de problemas neonatológicos em comparação com os bebés das mães não deprimidas. De igual modo, as crianças das mulheres deprimidas são avaliadas pelas mães como sendo mais difíceis e, e menos previsíveis.

Estes dados são importantes na medida em que, se a mãe percebe o temperamento do seu bebé de forma negativa, o relacionamento, que mais tarde, terá com a criança, poderá ser afectado, contribuindo, assim, para o desenvolvimento da perturbação nessa criança.

Um estudo realizado por Harrison e Hicks (1983) teve por objectivo identificar as preocupações manifestadas pelas mães, tanto primíparas como múltiparas, seis semanas após o nascimento. Todas as mulheres incluídas neste estudo tinham tido partos vaginais, filhos saudáveis, e internamentos de menos de seis dias. Foi utilizado um questionário contendo asserções de preocupação relativas à mulher, à criança, à família, e à sua situação económica. Mais de 70% das mulheres que responderam ao questionário escolheram asserções relacionadas com a sujeição aos pedidos e exigências do marido, às tarefas caseiras e crianças, à possibilidade de voltarem à aparência física de antes da gravidez, à fadiga, à tensão emocional, à possibilidade de realizarem exercício físico, à dieta alimentar e, por último, ao



facto de poderem ter algum tempo para se dedicarem a si próprias e aos interesses pessoais. O ajustamento aos pedidos e exigências do marido, a recuperação da aparência física anterior, a divisão de tarefas caseiras maternas, as dietas, o estabelecimento de planos familiares e a fadiga, constituíam as preocupações mais importantes para cerca de 30% dessas mulheres. As multiparas expressaram menos preocupações do que as primíparas. No entanto, embora estas tenham referido um maior número de preocupações ligeiras, os dois grupos não se distinguiram quanto ao número de preocupações mais fortes (Harrison e Hicks, 1983).

De forma geral, pode afirmar-se que o impacto da ansiedade durante o período da maternidade, e em particular no pós-parto, permite explicar o desenvolvimento de uma sintomatologia depressiva pós-puerperal. No entanto, os efeitos destes factores, nomeadamente os acontecimentos de vida e as cognições antecipatórias ou actuais das mulheres durante o processo de maternidade, podem ser atenuados pela ajuda familiar ou *suporte social* de que usufruem.

A inexistência da ajuda de outrém, e/ou a percepção desse facto, têm sido apontadas como um determinante das perturbações emocionais (Henderson, 1977, 1981; Kessler, Price e Wortman, 1985; Roy, 1978) e, em particular, da depressão puerperal (O'Hara *et al.*, 1983; Paykel *et al.*, 1969, 1980). Cobb (1976) define *suporte social* como sendo: (a) a informação que leva a pessoa a acreditar que é alvo de atenção e cuidados por parte dos outros; (b) a informação que a leva a acreditar que é estimada e valorada por aqueles que a rodeiam; e (c) a informação que a leva a acreditar que pertence a uma rede relacional e de comunicação caracterizada por obrigações mútuas ou recíprocas. Dado que as exigências impostas na mãe, quando do nascimento do bebé, podem ser difíceis de satisfazer, ela pode necessitar de um apoio emocional e instrumental reforçado, de forma a poder lidar mais facilmente com os acontecimentos com que é confrontada.

Utilizando listas de adjectivos, Saks *et al.* (1985) verificaram que, em mulheres que sofrem de *maternity blues*, a solidão e a cólera, que a pessoa dirige contra si própria, encontram-se significativamente correlacionadas com a falta de ajuda de outrém ou suporte social. Outros estudos têm realçado a associação entre a deterioração das relações conjugais e

os *maternity blues* (Cox *et al.*, 1982; Kumar *et al.*, 1981; Paykel *et al.*, 1980; Roy, 1978; Watson *et al.*, 1984).

Scarf (1980), citado por Affonso e Domino (1984), considera que as mulheres investem de uma forma mais intensa nas ligações emocionais com outros. Devido às suas vidas estarem repletas de relações íntimas e complicadas, serão mais vulneráveis às perdas e aos sentimentos depreciativos (e.g., não se sentirem importantes quando o seu casamento se encontra comprometido). O nascimento de um filho constitui um acontecimento de vida que promove uma ligação afectiva intensa, com relações emocionais fortes, que expõem a mulher a um risco mais elevado de depressão, quando essas necessidades emocionais não são satisfeitas. Nesta perspectiva, o apoio social parece ser mais importante para as mulheres do que para os homens. A sua ausência ou redução conduzirá a perturbações emocionais. No entanto, Harris e Brown (1985) referem que a forma como o suporte social tem sido conceptualizado, enquanto variável a ser considerada na etiologia da depressão pós-parto, tem sido bastante diferente de estudo para estudo, não permitindo delinear conclusões seguras. Apesar de alguns estudos apresentarem conclusões contraditórias, o apoio social à mãe tem sido considerado como um elemento importante para o desenvolvimento da depressão puerperal. Gordon e Gordon (1959) verificaram que a ausência de ajuda por parte das pessoas próximas, em particular os familiares, permite discriminar entre mulheres normais e emocionalmente perturbadas no pós-parto. Cutrona e Troutman (1986) concluíram que a existência de suporte social constitui uma condição importante para facilitar o ajustamento da mãe ao novo elemento na família, fundamentalmente promovendo a sua auto-confiança.

Nesta óptica, a existência de uma relação de confiança entre a puérpera e o seu companheiro tem sido considerada como uma variável importante na relação entre a ajuda de outrém e depressão (Brown e Harris, 1978). Dada a relativa clausura a que uma mãe recente está sujeita, e os cuidados crescentes que o bebé exige, poderá ter grande dificuldade em aceder a outras fontes de apoio que não o marido. A necessidade de uma tal confiança entre os conjugues, leva a que vários autores se tenham debruçado sobre a ocorrência de dificuldades conjugais como factores etiológicos da depressão puerperal (Ballinger *et al.*, 1979; Kumar e Robson, 1978; O'Hara *et al.*, 1983; O'Hara, 1986; Paykel *et al.*, 1980; Tod, 1964).

Tod (1964) verificou que cerca de oito vezes mais mulheres deprimidas do que não deprimidas, que compunham a sua amostra, referiram ter problemas conjugais. Estes dados foram confirmados por Kumar e Robson (1978). No estudo realizado por Paykel *et al.* (1980), estruturado para avaliar o impacto dos acontecimentos de vida e da ajuda de outrém relativamente à depressão pós-parto, as mulheres deprimidas apresentam resultados menos favoráveis para todos os critérios deste tipo de ajuda do que as não deprimidas. Os elementos mais negativos para as deprimidas incluem a comunicação adequada com o marido, a ajuda deste nas tarefas caseiras e no cuidar do bebé, e a existência de um confidente sem ser o marido. Neste estudo (Paykel *et al.*, 1980), os problemas conjugais revelam-se fortemente influentes na depressão.

Na série de estudos já acima referidos, O'Hara e colaboradores (O'Hara, 1986; O'Hara *et al.*, 1983) procuraram avaliar o impacto do conjunto de ajudas disponíveis em relação à depressão. Os resultados obtidos mostram não existirem diferenças entre as ajudas com que as mulheres deprimidas e não deprimidas podem contar depois do parto. Todavia, as mulheres deprimidas referem dar menos ajuda instrumental ao conjuge, aos pais e/ou aos confidentes, ao mesmo tempo que são, por sua vez, alvo de um apoio emocional menor por parte destes. As características do conjuge ou dos amigos íntimos (confidentes) também permitem distinguir as mulheres deprimidas das que o não estão (O'Hara *et al.*, 1983). Por exemplo, os conjuges das mães deprimidas são vistos como fornecedores fracos de ajuda. Quando comparadas com as mulheres não deprimidas, as que o estão referem ter mais problemas conjugais e sentirem-se menos realizadas no seu casamento. Do mesmo modo, afirmam ter mais dificuldade em apoiar-se no conjuge para a obtenção de ajuda instrumental e emocional, assim como manifestam ter mais dificuldade em darem elas próprias esse tipo de apoio aos maridos. Relatam, também, que falam pouco dos seus problemas com os companheiros. Contudo, tanto as mulheres deprimidas como as não deprimidas não apresentam qualquer diferença, durante a gravidez, no que diz respeito à satisfação conjugal. Acentue-se que as deprimidas mostram uma *queda* significativa a esse nível do pré- para o pós-parto. A ajuda fornecida pelos confidentes, tal como é percebida pelas puérperas, apresenta características semelhantes à do conjuge (O'Hara *et al.*, 1983). Estas conclusões foram

confirmadas num estudo posterior (O'Hara, 1986).

Geiss (1983) procurou descrever as mudanças que ocorrem na relação conjugal, durante o processo de maternidade. A autora verificou que as mulheres que apresentam perturbações de ajustamento conjugal são as menos assertivas, antes do parto, e que avaliam o companheiro como menos empático. De igual modo, referem-se à sua relação marital como sendo menos dialogante, comunicando de forma mais agressiva com o companheiro depois do nascimento do bebé. Dimitrovsky *et al.* (1987) concluíram que uma relação conjugal deficiente constitui um factor associado à ocorrência de depressão durante o período de gravidez e depois do parto. Uma relação conjugal mais equilibrada e satisfatória poderá servir para reduzir a vulnerabilidade da mulher a reacções depressivas. Estes resultados salientam a importância do apoio de que a mulher dispõe da parte do conjuge.)

Concluindo, a ajuda de outrém e/ou o suporte social, particularmente por parte do marido e dos confidentes, parece ser particularmente inadequado ou incompleto, pelo menos no modo como é apreendido subjectivamente pelas mulheres, que desenvolvem uma depressão pós-natal.

7. Consequências da depressão pós-parto no relacionamento com o bebé

Tanto a forma como a mulher vive a sua depressão como as consequências deste processo para a família foram já referidas. Nesta secção serão apresentados os efeitos desse processo depressogénico no desenvolvimento do bebé.

Como mencionado, a ocorrência de depressão numa puérpera é relativamente comum. No entanto, a maior parte dos estudos publicados incidem, apenas, na mãe, ignorando os possíveis efeitos negativos que a depressão pode ter no seu relacionamento com a criança e no seu desenvolvimento. As mulheres deprimidas não estão, naturalmente, nas melhores condições para interagir com a criança (e.g., aperceber-se das suas necessidades, estimulá-la, comunicar com ela, responder-lhe em termos afectivos). Saliente-se que este estado poderá prolongar-se por mais de um ano.

Como é bem conhecido, para que o desenvolvimento psicológico, e mesmo somático, do bebé seja adaptativo e harmonioso, é importante que se processe num meio social e

afectivo adequado. Paralelamente, as experiências precoces são determinantes para o desenvolvimento posterior. Assim, pode questionar-se qual o futuro dos bebés entregues aos cuidados e à estimulação de uma mãe deprimida.

Livingood e Daen (1983) procuraram estudar os efeitos da depressão das mães sobre a capacidade de estimularem adequadamente os seus bebés. Compararam o nível e a qualidade de estimulação que um grupo de 25 depressivas pós-parto e um grupo controlo forneciam aos bebés durante o período de amamentação. Os resultados sugerem que não existem diferenças entre os dois grupos em termos do nível de estimulação. No entanto, as mães deprimidas apresentavam frequências mais baixas de *olhar positivo incondicional*, e uma menor continuidade na tarefa de embalar o bebé. Adicionalmente, as mães deprimidas contemplavam menos o rosto da criança.

Cohn e Tronick (1983) estudaram a reacção dos bebés à simulação de uma depressão por parte das mães. Os autores observaram comportamentos desorganizados e de ansiedade, que persistiam depois do regresso da mãe a uma atitude normal.

Field (1984) comparou o efeito da simulação de depressão por 24 mães. Doze encontravam-se de facto deprimidas no pós-parto, enquanto que as restantes 12 não apresentavam perturbações emocionais. Os bebés das mães não deprimidas revelavam mais frequentemente expressões faciais positivas, mais raramente expressões faciais negativas e vocalizavam com maior frequência. O nível de actividade destas crianças e o seu ritmo cardíaco eram, também, mais elevados. Pelo seu lado, as mães não deprimidas apresentavam com maior frequência expressões faciais positivas, mais raramente expressões negativas, vocalizavam com maior frequência, e passavam mais tempo a olhar o seu bebé e a estabelecer contacto físico. O seu ritmo cardíaco também era mais elevado que o das mães deprimidas (Field, 1984). Verificou-se, também, que as mães não deprimidas, quando simulavam a depressão, tendiam a apresentar um padrão de reacções muito diferente do que lhes era habitual. Colocavam-se, assim, a elas e às crianças, numa situação bastante ansiogénica. Como alternavam o comportamento depressivo com o não depressivo, os bebés acabavam por se adaptar aos diversos momentos, variando, por sua vez, as suas reacções. As mães deprimidas, quando procuravam simular a depressão, reduziam o contacto físico com os

bebés, não apresentando grande diferença nas situações de simulação e de interacção espontânea. Os bebés deste grupo não apresentavam, à semelhança das suas mães, padrões diferenciados de reacção entre as duas situações, comportando-se de forma menos positiva que os do outro grupo. O comportamento dos bebés das mães deprimidas parece reflectir o comportamento materno e sugere que tenham desenvolvido uma reacção passiva e um estilo deprimido de interacção. A sua disposição depressiva revela-se na interacção e pode considerar-se como uma postura defensiva bem estabelecida, que ocorre em circunstâncias não relacionadas com a estimulação da qual resulta. Assim, há possibilidade de, por meio das interacções com uma mãe deprimida, o bebé poder adquirir um afecto depressivo.

Num outro estudo, Field *et al.* (1985) seleccionaram uma amostra de 24 mulheres no terceiro trimestre de gravidez. Este grupo foi dividido em dois subgrupos de 12 mulheres. Um dos subgrupos era constituído pelas grávidas susceptíveis de depressão pós-parto, enquanto que as do outro subgrupo não apresentavam esse risco. Quatro meses depois do nascimento, avaliaram-se as interacções que cada uma das mulheres tinha com o seu bebé, para além dos níveis de ansiedade, depressão e controlo emocional da mãe, dos temperamentos da mãe e do bebé, e das atitudes maternas. As mães do grupo de risco mostraram-se mais deprimidas e mais ansiosas, e apresentaram um controlo emocional mais deficiente, assim como uma maior emotividade. O conhecimento que estas mães tinham das etapas de desenvolvimento do bebé não as diferenciava entre si, nem entre os dois subgrupos. No entanto, as mães deprimidas eram mais rígidas nas suas atitudes educativas e consideravam os seus bebés como mais emotivos. Nas interacções com as crianças as mães deprimidas demonstravam mais ansiedade, menos actividade, mais expressões faciais monótonas, menos comportamentos imitativos, menos respostas contingentes aos comportamentos do bebé e menos iniciativas de jogo.

Cohn *et al.* (1990) realizaram um estudo semelhante ao de Field (1984). Os resultados obtidos apontam no mesmo sentido. As mães deprimidas apresentam um afecto negativo e uma irritabilidade crescente nas interacções com os bebés. A proporção de mães deprimidas, que manifestam um afecto negativo, e a frequência deste tipo de afecto, são significativamente maiores do que as observadas nas mulheres não deprimidas. Os dados desta investigação

levaram os autores à hipótese de ocorrência de um aumento na negatividade destas mulheres, ao longo do tempo, se a depressão não apresentar uma remissão. Para Cohn *et al.* (1990), a existência de um efeito de cronicidade no afecto negativo será consistente com as conclusões de Sameroff *et al.* (1982), que afirmam que a cronicidade é, pelo menos, tão importante como o próprio diagnóstico da perturbação.

As consequências da depressão pós-parto na mulher, no bebé e em todas as pessoas que os rodeiam, justifica plenamente que os profissionais de saúde se ocupem desta perturbação, implementando programas de prevenção da sua ocorrência e de intervenção de cariz remediativo.

8. Intervenção e prevenção da depressão pós-parto

Um processo tão complexo como a depressão pós-parto, tanto em termos de definição nosológica como etiológica, dificilmente poderá colocar os diferentes autores de acordo em relação à forma de intervir, tanto para a sua prevenção como para a remediação.

Como mencionado, a depressão pós-parto tem sido conceptualizada de modo diverso:

- (a) como uma entidade específica com um largo espectro de gravidade;
- (b) como um distúrbio, ou um sistema de perturbações, no puerpério;
- (c) como um tipo de depressão reactiva, devido a acontecimentos externos;
- (d) como um tipo de depressão endógena;
- (e) como um sintoma de distúrbio hormonal;
- (f) como um sintoma de um distúrbio bioquímico;
- (g) como uma resposta inadequada, mas não necessariamente patológica, às situações (sociais) ansiogéneas.

Como é natural, a forma de intervenção ou tratamento recomendada dependerá da adesão do respectivo autor a um determinado modelo nosológico e/ou etiológico. Nesta secção proceder-se-á a uma revisão dos tipos de intervenção e prevenção mais comuns, referidos na literatura.

O facto da grande maioria dos autores considerarem que a depressão puerperal não apresenta características que justifiquem a sua conceptualização como uma entidade distinta

da depressão que ocorre em situações não puerperais, pode ajudar a compreender a razão da existência de um número tão reduzido de propostas de intervenção. De facto, a literatura apresenta-se bastante falha de modelos de intervenção claramente ligados a este tipo de depressão. Pode concluir-se que uma mulher, que se sinta deprimida depois do nascimento do bebé, terá grandes possibilidades de ver a sua depressão tratada de modo muito semelhante à das outras formas de reacções depressogéneas. Em geral, o modelo de intervenção do psicoterapeuta estará inserido num modelo mais lato de depressão (e.g., Beck *et al.*, 1979; Lewinsohn, 1974; Rehm, 1985; Abramson *et al.*, 1978). Estarão neste caso as concepções da depressão pós-natal, enquanto processo reactivo, processo endógeno, ou como resposta inadequada às situações ansiogéneas.

Saliente-se que tratamentos de orientação farmacológica predominam na literatura da depressão pós-parto.

Os modelos explicativos dos distúrbios depressivos em geral, assim como as propostas metodológicas, serão revistos, com mais promenor, no segundo capítulo. Nesta secção referir-se-á, apenas, as abordagens que se destinam especificamente às mulheres com depressão puerperal.

→ Os tranquilizantes, os anti-depressivos e as hormonas têm sido incluídos no tratamento da depressão pós-natal (Herzog e Detre, 1976). No entanto, este tipo de intervenção pode levantar mais problemas do que os que pretende resolver, sobretudo devido aos seus efeitos secundários. Aliás, uma das preocupações das mães deprimidas, que amamentam os seus bebés, diz respeito à possibilidade de passagem para o organismo da criança, através do leite, de algumas substâncias ligadas aos medicamentos. Estas substâncias poderão, naturalmente, ser nocivas para o bebé.

Robinson *et al.* (1984) fizeram uma revisão de literatura sobre o uso racional de psicotrópicos durante a gravidez e o pós-parto. Deste modo, chamam a atenção para os efeitos que este tipo de drogas pode ter no bebé, consumidor passivo, ou vítima inocente, dessas substâncias. Os sais de lítio parecem ser particularmente perigosos, na medida em que podem provocar reacções tóxicas, que incluem a hipotonia, a letargia e a cianose nos bebés. Os próprios ansiolíticos constituem um risco sério para o recém-nascido, ao produzirem

ment. toxic. problem
↓
rational
pl os
T. de Javidi

letargia e desregulação da temperatura.

Y Outra estratégia comum de intervenção na depressão pós-parto consiste na terapia electro-convulsiva. Se bem que esta metodologia se apresente como muito controversa, ainda não deixou de ser utilizada, sobretudo nos casos de depressão grave. Um dos seus efeitos secundários consiste na perda temporária de memória, particularmente a relativa a acontecimentos recentes. Sneddon e Kerry (1985) procederam ao estudo do funcionamento de uma unidade psiquiátrica, onde se encontravam internadas as mães emocionalmente perturbadas, e os seus bebés. Nessa unidade, o tratamento era fundamentalmente farmacológico. Contudo, recorria-se com muita frequência à terapia electro-convulsiva (TEC), o que ocasionava efeitos dramáticos. Nesse relatório, os autores referem que as perturbações emocionais do puerpério parecem ser particularmente sensíveis ao uso da TEC. Curiosamente, Hamilton (1962, 1985) preconiza o uso moderado de substâncias farmacológicas, ao mesmo tempo que refere a alta eficácia da TEC.

Contudo, as intervenções referidas na literatura não dizem apenas respeito às estratégias tradicionais do fôro psiquiátrico. Neste sentido, Morris (1987) propõe uma intervenção psicoterapêutica grupal para mulheres com depressão pós-parto prolongada. Os dados apresentados referem-se a um único grupo de 7 mulheres, que apresentavam uma sintomatologia depressiva há mais de um ano. Foram acompanhadas por quatro co-terapeutas e reuniam-se semanalmente, durante 1h e 30m ao longo de 11 meses. Enquanto grupo terapêutico dirigido fundamentalmente para a relação, era minimamente estruturado. À medida que as sessões decorriam, as participantes passaram de uma atitude depressiva para a hostilidade e, posteriormente, para uma comunicação mais aberta e franca. No final do programa, os terapeutas verificaram um decréscimo significativo nos níveis de sintomatologia depressiva.

Harrison e Hicks (1983) consideram que as mães podem beneficiar de programas no pós-parto que enfatizem as preocupações pessoais, assim como as mudanças de papel e de responsabilidades familiares. Essa intervenção também deve incluir informação de como podem estruturar melhor o seu tempo, de modo a poderem lidar de uma forma mais eficaz com as suas preocupações, reduzindo a fadiga e tendo a possibilidade de retomar os seus

interesses pessoais.

Kleinberg (1977) procurou averiguar qual o efeito de um processo de aconselhamento, dirigido aos cuidados a ter com o bebé, durante a estadia na maternidade, no estado emocional das mães. Nesse sentido, comparou três grupos de mulheres. As do primeiro grupo eram alvo de uma sessão de aconselhamento diária por um pediatra. As do segundo beneficiavam, também, de uma ajuda diária, mas dada por uma enfermeira pediátrica. As do terceiro eram aconselhadas pelo pediatra, mas só no dia em que tinham alta. A ansiedade era avaliada por meio de um questionário. Efectuavam-se, ainda, observações directas de situações ansiogéneas relacionadas com a depressão. Os dois primeiros grupos não apresentaram qualquer diferença nos níveis de ansiedade, ligada às reacções depressivas ou aos problemas com a alimentação do bebé. O terceiro grupo, revelou um aumento significativo do nível da ansiedade comparativamente aos outros dois grupos, e um número maior de sinais de depressão. Deste estudo, salienta-se o facto de que um acompanhamento das mães no período imediato ao pós-parto pode contribuir para a prevenção de uma sintomatologia depressiva.

Os dois trabalhos referidos (i.e., Harrison e Hicks, 1983; Kleinberg, 1977) aproximam-se, igualmente, de uma perspectiva preventiva. Sendo o nascimento de uma criança um acontecimento que se pode antecipar com precisão, pode considerar-se que não é necessário esperar pelo nascimento do bebé para se ajudar a mãe a prevenir a emergência de eventuais perturbações emocionais.

Durante a gravidez, a mulher tem, ainda, alguma disponibilidade, tanto temporal como psicológica, para acolher e experimentar os conselhos ou as sugestões dos profissionais de saúde ou outras pessoas, visando a prevenção das reacções depressivas pós-parto. Contudo, é ainda incerto se esta será a melhor estratégia para chegar a esse objectivo. No livro *Surviving Motherhood*, Maggie Comport (1990) reporta as opiniões de vários especialistas e mães, que passaram por uma depressão puerperal, que veiculam idéias contraditórias sobre a oportunidade e a eficácia de programas de prevenção para este tipo de depressão. Um dos testemunhos refere mesmo que a preparação pré-natal será o maior embuste alguma vez realizado, com inúmeros resultados desfavoráveis. Esta asserção apoia-se na convicção de

que as visitas da grávida ao hospital, para obter informação e preparar-se para o pós-parto, poderem fazer baixar o entusiasmo e a confiança que a mulher tem em si, colocando-a numa situação de conformismo e passividade face aos eventuais malefícios da uma gravidez e do parto. Alguns estudos (Bergstrom-Walan, 1963; Charles *et al.*, 1978; Chertok, 1959, 1969; Davis e Marrone, 1962; Tanzer e Block, 1976; Zax *et al.*, 1975), sobre a eficácia dos cursos de preparação para o parto (i.e., preparação psicoprofilática para o parto) parecem confirmar a sua utilidade na prevenção das complicações que poderão, mais tarde, desencadear um processo depressivo. É lógico considerar-se que um parto simples, sem problemas, será muito mais facilmente aceite pela parturiente do que um outro recheado de intervenções e experiências desagradáveis. Neste sentido, Charles *et al.* (1978) procuraram verificar quais os efeitos de natureza obstétrica e psicológica da preparação estruturada e sistematizada para o parto. Do ponto de vista médico, os autores concluem que a preparação para o parto encontra-se relacionada com níveis mais baixos de dor e uma maior satisfação durante o nascimento.

Wideman e Singer (1984) realizaram uma excelente revisão de literatura sobre o papel desempenhado pelos mecanismos psicológicos na preparação para o parto. Para os autores, a maioria dos cursos psicoprofiláticos para o parto incidem essencialmente nos aspectos anatómicos, fisiológicos e comportamentais (i.e., relaxamento muscular e técnicas respiratórias). Outros aspectos podem, também, ser também abordados, nomeadamente os aspectos relativos

à ajuda de outrem, ao com o controlo e à reestruturação cognitiva. Alguns estudos referidos pelos autores, sugerem que o treino psicoprofilático tem efeitos marcantes nas atitudes da mãe relativas a si própria, ao companheiro, ao bebé, ao processo de gravidez, e ao trabalho de parto. Tanzer e Block (1976) compararam mulheres que tinham frequentado sessões de treino baseadas no método Lamaze, com outras de um grupo não treinado. Concluíram que o treino ajuda as mães a terem uma percepção mais positiva de si próprias, da gravidez, do trabalho de parto, dos seus companheiros e dos bebés. Zax *et al.* (1975) e Klusman (1975) chegaram a conclusões comparáveis. As mulheres, que beneficiam de um programa de preparação pré-natal, apresentam níveis de ansiedade mais reduzidos e atitudes mais positivas

relativamente aos bebés do que as outras.

Andrew *et al.* (1978) entrevistaram elementos duma comunidade suburbana no contexto de um inquérito relacionado com a saúde física, psicológica e bem-estar social. Verificaram que o apoio social é particularmente importante para os incrementar processos saudáveis. As pessoas, que apresentam boas estratégias de confronto com as situações problemáticas, dispõem de uma ajuda de outrém estável. Paralelamente, apresentam um menor índice de risco de perturbações psicológicas do que as que revelam fracas aptidões de confronto e se encontram desprovidas desse apoio. Ao incentivarem a presença e colaboração dos companheiros, os treinos de preparação para o parto permitem promover o apoio social de que a parturiente e/ou a puérpera vão necessitar.

Atkinson e Rickel (1983) apresentam algumas propostas genéricas para a prevenção e a intervenção na depressão pós-natal. Apontam três formas distintas, mas não mutuamente exclusivas, de actuação: (a) detecção precoce da perturbação emocional; (b) intervenção de crise; e (c) prevenção primária. A detecção precoce permite atenuar o impacto da perturbação da própria mulher, da criança, e do respectivo meio familiar ou evitar o aumento da sua gravidade. A intervenção de crise tem por objectivo levar a pessoa, normalmente adaptada mas que reage aos acontecimentos de modo emocionalmente deficiente, a modificar os efeitos ansiogéneos do meio, de forma a poder obter soluções positivas para a crise. A prevenção primária visa a maximização da capacidade de confronto e a minimização da perturbação emocional, nos períodos de vida potencialmente perturbadores, reduzindo, assim, a necessidade de intervenções mais remediativas.

Carbary (1982) apresenta algumas recomendações para prevenir a ocorrência da depressão puerperal. Em primeiro lugar, a futura mãe deve beneficiar de uma ajuda para se preparar para o parto e para as tarefas maternas. Depois do nascimento, o bebé deve ser colocado junto da mãe, de forma a que o contacto entre os dois seja o mais intenso possível e mãe possa experimentar, sob supervisão dos técnicos de saúde, a rotina dos cuidados a prestar ao bebé. Sempre que possível, as puérperas devem ser partilhar com outras mães o quarto da maternidade, de forma a poderem aconselhar-se mutuamente. Esta situação é particularmente importante para as mulheres, que se submeteram a uma cesariana, não devendo estar em

contacto com as que tiveram partos vaginais. Esta exclusão evita que as primeiras estabeleçam comparações entre o seu pós-parto e o das segundas, geralmente mais fácil. Deve implementar-se a ajuda instrumental e emocional por parte do companheiro e doutros familiares. Finalmente, a puérpera deve ter oportunidade de expressar os seus sentimentos e pensamentos.

Estas propostas visam criar um ambiente para a puérpera, que não seja constrangedor e ansiogéneo. No entanto pouco ou nada contém que possa promover de crenças e atitudes de melhor adaptação à nova situação. Para Plumb (1983), o psicoterapeuta, que pretenda trabalhar com este tipo de depressão, deverá fazer todo o possível para evitar expressar os seus próprios juízos, relativamente à cliente. Em particular no que respeita às atitudes negativas face à criança. Essas atitudes serão provavelmente fruto de crenças de perfeccionismo, impostas pelo sistema cultural. A informação veiculada à mulher, durante a sessão, deverá, pois, incidir sobre as expectativas perfeccionistas relativas à maternidade, e as alterações no estilo de vida, posteriores ao nascimento de um bebé. O conhecimento por parte da cliente, do seu processo depressivo constitui um elemento fundamental para o sucesso do programa. Será possível através da dialéctica, que se estabelece entre a cliente e o terapeuta, e permitirá a definição de objectivos terapeuticos claros e realistas.

Eis três exemplos de Plumb (1983), representativos de objectivos apropriadamente formulados: «*Eu quero sentir-me bem comigo própria e com o meu bebé a maior parte do tempo*»; «*Eu quero ter mais cuidado comigo própria e ser mais espontânea*», «*Eu quero tomar decisões eficazes e partilhar os deveres maternos*» (pag. 11-12). O autor propõe ainda tarefas para serem realizadas entre as sessões, que envolvem um planeamento de actividades para que as mulheres possam ter mais tempo para si próprias. A expressão dos sentimentos e emoções, positivas e negativas, constitui um elemento fundamental dentro do processo terapeutico. Plumb (1983) sugere a utilização de técnicas do Psicodrama (Moreno,) e da Psicologia da Gestalt. Depois da expressão emocional, é importante que a depressiva puerperal possa integrar as diversas alterações produzidas por essas estratégias. É fundamental que a mulher aceite as suas emoções como legítimas e assuma os seus sentimentos de uma forma directa e responsável. Deve também decidir-se a tirar o melhor

partido possível da condição de mãe, sem se obrigar a ser perfeita. Igualmente importante será reconhecer que o seu relacionamento com o bebé e os outros está fortemente dependente da forma como ela conseguir ver os seus desejos e necessidades satisfeitos. Sendo ela a responsável pela obtenção dessa satisfação não deve assumir uma atitude de passividade.

Um modelo de prevenção igualmente proposto por Plumb (1983), sugere que os futuros pais frequentem cursos de preparação não apenas para o parto mas, sobretudo, para os processos psicológicos associados ao nascimento. Neste sentido, propõe-se que a educação desses pais inclua informação de cariz médico-psicológico sobre o nascimento e a maternidade/paternidade. Os cursos deste tipo deverão abordar aspectos importantes como o desenvolvimento infantil, a ligação mãe-criança, a informação sobre a eventualidade da ocorrência de depressão no puerpério, nomeadamente os seus sinais de aviso, e as necessidades emocionais e físicas tanto dos pais como das crianças. As maternidades deverão ser reestruturadas de forma a reduzirem os seus aspectos mais ansiogéneos e possibilitarem a redução de sentimentos de incompetência e de culpa, tão frequentemente característicos nas puérperas deprimidas.

Os distúrbios de cariz psiquiátrico associados ao nascimento de um filho têm merecido uma atenção considerável nas últimas duas décadas. No entanto, não têm ocorrido grandes avanços conceptuais ou tecnológicos. Por exemplo, a etiologia da depressão pós-parto não se encontra claramente definida. A responsabilidade pela ocorrência desta forma de depressão não pode ser atribuída, por si só, a um único determinante. As alterações químicas que ocorrem no organismo da mulher durante a gravidez, o parto e a amamentação sugerem que as causas desta depressão poderão ser de natureza fisiológica. No entanto, as mudanças dos níveis hormonais de estrogénio e progesterona não acompanham as mudanças dos estados afectivos, nem a manifestação ou remissão dos estados depressivos.

Os estudos sobre os estados afectivos das mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto, utilizando instrumentos padronizados e entrevistas, têm mostrado que, durante o segundo trimestre da gravidez, ocorre um decréscimo da sintomatologia depressiva, voltando esta a aumentar nas semanas que sucedem ao parto. As alterações fisiológicas também variam

nestes períodos, pelo que as medidas utilizadas deverão ser calibradas de acordo com os diferentes do puerpério. Por seu lado, as amostras relativamente reduzidas, que têm sido usadas nos diferentes estudos, não tornam fácil definir normas que permitam comparar os estados afectivos normais com deficientes.

As normas interculturais também são importantes para se definir o que é normal para as mulheres, que passam por esta experiência, uma vez que a maior parte dos estudos utilizam populações oriundas da Grã-Bretanha ou dos Estados Unidos da América. Não existem muitos dados disponíveis referentes a populações não anglo-saxónicas.

As alterações endócrinas e hormonais não permitem, igualmente, uma explicação completa para a depressão pós-parto.

Outra área de interesse para a investigação da depressão puerperal contempla os neurotransmissores. As catecolaminas, norepinefrina e dopamina, e a serotonina contribuem para a eficácia dos medicamentos anti-depressivos (e.g., tricíclicos, sais de lítio e inibidores da monoamino oxidase) no combate às perturbações afectivas mais graves. Contudo, os resultados obtidos não se têm mostrado promissores.

A existência de episódios de perturbação afectiva anteriores ao processo perinatal nas mães e/ou nas famílias revelou-se, em muitas investigações, como um preditor razoável de depressão.

A paridade constitui um elemento que parece contribuir para a ocorrência de perturbações afectivas, se bem que os estudos efectuados não tenham, ainda, conseguido explicar, com alguma objectividade, o seu papel etiológico. Nalguns estudos, as primíparas surgem como as mais vulneráveis à depressão.

A idade também não se revela como um factor consistente na depressão pós-natal. Nem as mães mais jovens nem as que apresentam maior idade parecem estar mais sujeitas que as demais a este tipo de depressão.

De igual modo, os níveis educacional e socio-económico não parecem poder distinguir as mulheres que apresentam reacções depressivas no puerpério das não depressivas.

Paralelamente, este tipo de estudos não parece ser exclusivo do sexo feminino. De facto, têm sido relatados casos de progenitores masculinos que parecem sofrer de reacções

depressivas durante a gravidez das suas conjugues e depois do parto. As alterações ao nível bioquímico e ao nível dos factores endócrinos, tal como são hoje compreendidas, não são suficientes para explicar as diferenças associadas ao sexo na depressão.

Os trabalhos de investigação relacionados com a associação de factores de ansiedade à gravidez, ao parto e aos cuidados a dispensar aos bebés, têm tido uma grande importância nos estudos mais recentes da depressão pós-parto. A gravidez, o trabalho de parto e a rotina inerente ao cuidar do bebé constituem acontecimentos ansiogéneos. Mas tanto a quantidade como a qualidade do *stress* que lhes estão associadas, apresentam algumas diferenças. O auto-conceito da mulher, a sua atitude em relação à maternidade e aos cuidados que terá de dispensar ao bebé, os conflitos inerentes ao papel de mãe, a reacção que manifesta para com os pais e amigos, as alterações associadas a uma eventual mudança nos estatutos profissional e económico, e as relações que mantém com a sua própria mãe, podem variar de mulher para mulher e, na mesma mulher, em diferentes momentos dos períodos de gravidez, parto e pós-parto.

As relações conjugais aparecem em vários estudos como determinantes importantes para a previsão e a etiologia da depressão puerperal, da mesma forma que a introdução de um novo elemento na família, como o bebé, poderá vir a perturbá-la profundamente. As relações intra- e inter-individuais devem ser reajustadas em função da maternidade.

O apoio das outras pessoas à mãe também aparece como um elemento importante durante os períodos de gravidez, parto e puerpério.

Apesar do contributo que muitos factores de ordem biológica, social e psicológica parecem ter para o desenvolvimento de uma depressão pós-natal, a sua etiologia não se encontra ainda clarificada. Curiosamente, apesar do nascimento de uma criança ser um acontecimento geralmente considerado de grande felicidade, muitas vezes desesperadamente desejado por muitos casais, a vinda do bebé pode determinar a emergência de perturbações emocionais como a depressão.

Contudo, mesmo mal compreendido, este processo tem consequências e implicações frequentemente graves para a mulher, para a criança e para a própria família.

Tradicionalmente a depressão pós-parto tem sido encarada como um problema

individual, relacionado com a incapacidade da mulher se confrontar ou ajustar-se ao novo papel de mãe. Uma tal perspectiva é, no mínimo, reducionista. Todos nós possuímos uma individualidade particular com diferentes facetas ou vertentes. Constituímos, simultaneamente, uma entidade física, uma entidade psicológica e uma entidade emocional. Quando nos sentimos perturbados, mesmo que seja apenas numa dessas vertentes, a maioria das vezes é todo o organismo que reage. Desta forma, é difícil conceber a depressão pós-parto como tendo uma única causa, ou uma única solução. Apesar de multivariado nas suas manifestações, este tipo de depressão surge como um sinal de que algo de disfuncional ocorre na puérpera. O reconhecimento da perturbação pode ser um processo difícil e moroso tanto para o profissional de saúde como, sobretudo, para a mulher deprimida. As razões que levam uma mulher a deprimir-se, depois do nascimento de um filho, podem, por exemplo, emergir de conflitos psicológicos não resolvidos, de um relacionamento socio-afectivo problemático, de condições socio-económicas adversas, de distúrbios bioquímicos, da activação de conflitos emocionais latentes, de problemas de ajustamento ao papel de mãe, ou do companheiro em ajustar-se ao de pai, ou da falta de apoio por parte daqueles que a rodeiam.

Alguns destes determinantes manifestam-se por meio de crenças, interpretações ou *significações* subjectivas individuais relacionadas com: (a) o assumir do papel de mãe; (b) a incompetência ou a inadequação para cuidar do bebé; (c) a relação conjugal; (d) a imagem que a mulher tem de si própria, da sua independência ou da submissão a um papel tradicional, e da sua própria autonomia. Cada um destes quatro sistemas de significações, que serão estudados em detalhe nesta tese, está relacionado com várias dimensões psicológicas, habitualmente designadas expectativas, auto-avaliações, sentimentos, normas, e atribuições pessoais e relacionais.

Pode dividir-se estes sistemas de crenças em dois grandes grupos. Por um lado, as auto-avaliações de incompetência ou inadequação para cuidar do bebé e os problemas da relação conjugal apresentam características claramente ligadas a situações ansiogénicas de confronto com o meio. Por outro, os problemas associados ao papel de mãe e aos objectivos de independência e autonomia prendem-se essencialmente a questões mais pessoais.

De uma forma geral, os modelos preventivos e remediativos deste tipo de depressão enfatizam um ou outro destes elementos. À excepção de Plumb (1983), os autores dão pouca atenção ao facto de cada puérpera deprimida apresentar características psicológicas bem particulares, procurando impôr estratégias e normas de funcionamento pouco individualizadas.

No capítulo seguinte, serão apresentados os principais modelos comportamentais-cognitivos, cognitivos e desenvolvimentistas de conceptualização da depressão em geral, que podem ajudar a compreender a depressão puerperal. Saliente-se que, através das metodologias clínicas deles decorrentes, têm servido para orientar as acções interventivas da maior parte dos psicoterapeutas, que lidam com este processo depressivo.

CAPÍTULO II

PSICOPATOLOGIA E PSICOTERAPIA COGNITIVISTAS DE REACÇÕES DEPRESSOGÉNEAS

Como foi referido no capítulo anterior, a depressão pós-parto constitui um tema controverso. Se alguns autores consideram esta perturbação como uma entidade clínica distinta (c.f.; Dalton, 1980; Pitt, 1968; Welner, 1982; Winokur, 1985), outros consideram-na como uma variedade de depressão (c.f., O'Hara, 1982; Hopkins, 1984). No entanto, esta controvérsia não se tem refletido nos modelos de intervenção subjacentes à prática clínica. Os psicoterapeutas, que se confrontam com este tipo de perturbação nos seus clientes, utilizam, preferencialmente, as abordagens dos modelos de depressão genérica.

Atkinson e Rickel (1984) sugeriram que, de forma geral, as variáveis psicológicas associadas à depressão pós-parto podem ser conceptualizadas à luz dos modelos ou teorias mais comuns da depressão.

Inicialmente, a maioria das formulações para explicar este tipo de depressão fundamentavam-se em teorizações psicanalíticas (Zilboorg, 1931). Genericamente, salientava-se que as regressões, processos considerados inevitáveis durante a gravidez, poderiam activar conflitos anteriores, particularmente nos casos em que os modelos de papel maternal eram inadequados ou rejeitados. A depressão resultaria, assim, de conflitos não resolvidos acerca da maternidade, ou do papel feminino. Alguns dos trabalhos referidos inserem-se nesta perspectiva teórica.

Numa asserção analítica mais específica, estabelece-se que a depressão representa a introjecção da hostilidade. Hayworth e colaboradores (1980) procuraram analisar esta inferência, concluindo que a hostilidade era, de facto, um elemento determinante na depressão. Contudo, as mulheres que apresentavam uma hostilidade orientada para o exterior eram mais susceptíveis à depressão, e não, conforme a hipótese avançava, as mulheres que dirigiam essa hostilidade contra si próprias.

Para além das formulações psicanalíticas tradicionais, teorias comportamentais e cognitivas da depressão têm sido consideradas para explicar os processos depressivos

puerperais. Neste capítulo proceder-se-á a uma breve descrição dos aspectos mais marcantes das reacções depressivas em geral, sendo, de seguida, expostos os modelos comportamentais-cognitivistas, cognitivista e desenvolvimentistas mais significativos para a compreensão deste grupo nosológico.

Modelos comportamentais-cognitivistas:

(a) reforço social (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn *et al.*, 1982, 1986).

(b) desesperança aprendida (Seligman, 1975; Abramson *et al.*, 1978).

(c) auto-controlo (Rehm, 1977, 1982, 1985).

Modelo cognitivista:

Terapia cognitiva da depressão (Beck, 1976; Beck *et al.*, 1979).

Modelos desenvolvimentistas:

(a) identidade do *self* (Guidano, 1987; Guidano *et al.*, 1983).

(b) diferenciação sujeito-objecto (Kegan, 1982; Kegan *et al.*, 1982).

1. Natureza da Depressão

As mais de dois milénios que as reacções depressivas têm sido alvo de especulações filosóficas. Hipócrates denominava-as "melancolia". Enquanto *físico* (i.e., médico), considerava que as doenças se manifestavam como uma variação quantitativa do normal, ou seja, não apresentando diferenças qualitativas mas apenas de grau relativamente ao estado de não-doença. A acção do médico devia recair sobre o indivíduo que apresentava essa variação. Por seu lado, Platão encarava a doença de uma forma radicalmente diferente, pois constituía uma variação qualitativa do estado de não-doença, ou seja, com características próprias, distintas do estado saudável. O objectivo do tratamento seria a doença enquanto entidade relativamente autónoma do indivíduo que a manifestava.

Estas duas perspectivas do conceito de doença estão ainda hoje na base das controvérsias, dos critérios e dos sistemas de classificação da psicopatologia tradicional (Akiskal e McKinney, 1973).

A partir de teorizações e investigações diversas, têm sido propostas várias dicotomias nosológicas para as perturbações depressivas: endógenas vs não-endógenas, bipolar vs

unipolar, psicótica vs neurótica ou situacional vs não-situacional. Para a intervenção clínica, a primeira parece ser a mais importante.

Como refere Lewis (1967), a distinção em termos de causalidade exógena vs endógena influenciou fortemente a psiquiatria em geral e a concepção da depressão em particular. Assim, a noção de endógeno -- reflectindo os factores degenerativos ou hereditários (causas internas) -- e a de exógeno -- caracterizando os agentes bacteriológicos, químicos ou tóxicos (causas externas)-- visa fundamentalmente estabelecer uma distinção entre as principais *causas físicas* das perturbações mentais. Estas definições, como Beck (1973) refere, não deixam margem para outros factores causais, nomeadamente sociais ou psicogénicos.

Deste modo, a depressão endógena surge de uma forma autónoma e é caracterizada por um acordar cedo, perda de peso, agitação e perda de interesse generalizada. Paralelamente, pode ser eliminada ou reduzida por meio de drogas tricíclicas ou de electro-choques. Como a sua designação indica, a presença de sintomas ligados ao sistema vegetativo sugere que possa ter uma origem essencialmente biológica.

Relativamente à depressão endógena concebeu-se ainda uma outra dicotomia; depressão unipolar e depressão bipolar. Esta é caracterizada pela ocorrência alternada ou simultânea de episódios de mania e de depressão, por uma história familiar de depressão; por surgir cedo na idade cronológica do indivíduo, por responder bem a tratamentos à base de lítio e pela tendência de ocorrência de episódios de hipomania, quando são administradas drogas simpaticomiméticas, tais como os tricíclicos e a L-DOPA, durante a fase depressiva. É relativamente pouco frequente, mas bastante elevada a probabilidade de recorrência. Ao contrário da bipolar, a depressão unipolar pode apresentar-se de uma forma mais variada (e.g.; alcoolismo). Neste tipo de depressão, apenas ocorre a vertente depressiva; respondendo favoravelmente a intervenções de carácter psicológico.

Por sua vez, a dicotomia entre depressão psicótica e depressão neurótica não conseguiu ultrapassar uma certa ambiguidade. Como Kendell (1976) afirma, alguns autores têm:

"... considerado "psicótico" e "endógeno" como sinónimos, e "neurótico" e "reactivo" também como sinónimos, usando qualquer dos pares de termos para

realçarem dois síndromes contrastantes -- um consistindo em depressões severas, não variáveis, muitas vezes com carácter agudo e acompanhadas por retardamento, culpa, variação diurna da disposição, e insónia severa e perda de peso; o outro consistindo numa doença mais ligeira, frequentemente acompanhada por ansiedade, com tendência para variar de dia para dia, autopiedade e manifestações teatrais de disposição,[...] e queixas de anorexia [...]."

[p. 17]

Porém, pode dar-se um uso mais específico a estes termos, uma vez que *neurótico* e *psicótico* referem-se à gravidade da perturbação, enquanto que *exógeno* (reactivo) e *endógeno* referem-se exclusivamente ao processo etiológico.

Apesar dos inúmeros trabalhos propondo classificações para as reacções depressivas, ainda não há respostas satisfatórias para certas questões. É o caso da possibilidade de agrupamento de experiências individuais subjectivas, e o da instabilidade de alguns estados patológicos (Akiskal *et al.*, 1978). Além disso, a asserção de que distúrbios semelhantes nos processos neuroquímicos dão lugar a alterações psicológicas semelhantes tem sido fortemente questionada (Mendels e Frazer, 1974).

As classificações enfatizando os processos psicológicos levantam outros problemas. Beck (1976; Beck *et al.*, 1979) refere que as estruturas ou núcleos cognitivos dos depressivos são muito semelhantes, independentemente do subtipo de depressão considerado. Por outro lado, e apesar de estabelecerem uma distinção relativamente aos depressivos bipolares e psicóticos, os clínicos, que lidam com a depressão dentro de abordagens não médicas, tem demonstrado um afastamento ou desinteresse quase completo pelos aspectos relacionados com sistemas de classificação nosológica. Para eles, quer os pacientes deprimidos estejam ansiosos ou apresentem um retardamento, quer sejam hipocondriacos ou histéricos, os modelos terapêuticos de cariz psicológico apresentam-se como relativamente eficazes (Weissman, 1979). As distinções nosológicas, tais como elas existem na literatura da psicopatologia tradicional/biomédica, não parecem ser particularmente úteis para o psicoterapeuta. Este tende a conceber o seu próprio sistema de classificação, baseando-se em

modelos de intervenção:

A depressão é, de longe, a perturbação emocional mais frequente, sendo responsável por cerca de 75% das hospitalizações relacionadas com a saúde mental. Estima-se que cerca de 100 milhões de pessoas em todo o mundo desenvolvam, por ano, uma depressão clinicamente diagnosticável. Weissman, Myers e Harding (1978) consideram que 1 em cada 4 pessoas virá a manifestar pelo menos um episódio de depressão nalgum momento da sua vida. Por seu lado, a frequência de suicídios em pessoas deprimidas é substancialmente mais elevada que na população em geral, sendo duas vezes mais frequentes nas mulheres e três vezes nos homens (Lehmann, 1971).

O termo *depressão* tem vários significados, sendo utilizado relativamente a estados emocionais diferenciados. Tanto diz respeito à tristeza do dia-a-dia como se pode referir a estados psicóticos. Os aspectos mais salientes da depressão, sobretudo na população adulta, compreendem uma disposição disfórica e uma perda de interesse relativa a actividades, que anteriormente eram consideradas como agradáveis.

Poucas pessoas, ou muito provavelmente nenhuma, poderão afirmar que nunca se sentiram tristes. Os sentimentos de desânimo e desapontamento constituem uma experiência que se pode considerar universal. Existem, no entanto, sintomas específicos, que permitem distinguir esses sentimentos normais e ocasionais de tristeza, de um processo depressivo. Em primeiro lugar, encontra-se uma disposição disfórica acentuada e persistente, caracterizada geralmente por depressão, ansiedade ou, para algumas pessoas, por sentimentos de hostilidade. Apesar destas emoções poderem assemelhar-se à infelicidade sentida na vida do dia a dia, parecem ser qualitativamente diferentes. A depressão é frequentemente acompanhada, pelo menos nos estádios iniciais do processo, de episódios de choro. Porém, com o aumento da gravidade da perturbação, a pessoa deprimida pode sentir-se incapaz de chorar. Sente vontade de chorar, mas não o consegue fazer.

As pessoas deprimidas podem apresentar também alterações ao nível do comportamento motor. A mais comum consiste num retardamento das actividades psicomotoras e do discurso verbal. Menos frequentemente, pode ocorrer um estado de agitação. Este encontra-se, provavelmente, associado ao componente ansioso da depressão.

O funcionamento cognitivo apresenta-se muitas vezes alterado. O deprimido sente dificuldade em concentrar-se. O seu pensamento é lento e confuso e a sua capacidade para resolver problemas reduzida. Os pensamentos a respeito de si próprio centram-se no pessimismo ou negativismo, desamparo e auto-desvalorização. Em casos graves, surgem ilusões e alucinações congruentes com esses temas, podendo o deprimido sentir-se extremamente confuso ou preocupar-se com a idéia de suicídio.

Naturalmente, a maioria dos deprimidos apresenta sintomas vegetativos ou fisiológicos de depressão. O sintoma mais saliente reside na perturbação do sono. Nos estádios iniciais da depressão, a pessoa pode apresentar uma sonolência excessiva que se transforma em insónia à medida que a perturbação se agrava. Frequentemente, o deprimido acorda muito cedo, sentindo muitas dificuldades em voltar a adormecer. As perturbações gastrointestinais também são frequentes e, quando combinadas com uma redução no apetite, podem conduzir a uma substancial perda de peso. O cansaço e a fadiga, na ausência de esforço físico, também constituem sintomas. Do mesmo modo, o depressivo pode apresentar distúrbios na sexualidade (e.g., impotência, nos homens, e frigidez ou amenorreia, nas mulheres). De uma forma geral, são a intensidade, a frequência e a persistência destas alterações no quotidiano que distinguem uma depressão clínica dos sentimentos de tristeza normais.

2. Depressão genérica e depressão pós-parto: semelhanças e diferenças na epidemiologia

A depressão genérica ocorre mais frequentemente nas mulheres, numa proporção praticamente dupla da incidência nos homens. Esta diferença tem sido encarada como dependente de erros na avaliação dos estados depressivos ou das formas como esta perturbação se manifesta nos dois sexos. Mas nenhuma destas razões parece ser suficiente para explicar essa diferença (Gove e Geerkin, 1977). Outra explicação advém dos modelos biológicos, privilegiando as alterações bioquímicas que ocorrem no corpo da mulher. Assim, o sistema hormonal é o principal determinante da disposição depressiva. Contudo, as alterações na produção de estrogénio e de progesterona e o fenómeno depressivo não justificam inequivocamente a emergência dos processos depressivos. Assim, não se pode utilizar este argumento para explicar a maior incidência de depressão no sexo feminino. Outras formulações mais orientadas para os aspectos psicossociais sublinham a importância dos

papéis desempenhados pela mulher e do seu estatuto social mais fraco. Gove e Tudor (1973) consideram que o papel feminino tradicional de *dona de casa* tem vindo a ser desvalorizado, e que a diferença de incidência da depressão entre os dois sexos pode ser o resultado desta alteração ou da dificuldade da mulher em optar entre o emprego e o trabalho doméstico. Estas asserções não têm sido confirmadas pelos dados empíricos.

No entanto, assumindo uma posição intermédia, poder-se-á concluir que a depressão puerperal resulta da acção conjunta de determinantes bioquímicos ligados às profundas alterações da gravidez, parto e pós-parto no organismo da mulher, e da adaptação a uma nova situação social e afectiva familiar (e.g., actividade maternal, aumenta da família, abstinência ou desinteresse sexual durante algum tempo). Não será, assim, de estranhar que muitos dos sintomas antes referidos sejam comuns à depressão genérica e à depressão pós-parto.

Salientem-se, no entanto, algumas diferenças sintomáticas e epidemiológicas entre os dois tipos de perturbação:

(a) irritabilidade. A irritabilidade surge mais frequentemente na depressão puerperal, ao passo que as idéias e os comportamentos suicidários caracterizam fundamentalmente a depressão genérica.

(b) perda de peso. Se a perda de peso constitui um elemento bem marcante da depressão, dificilmente poderá ser considerado no pós-parto, pois é perfeitamente normal ou inevitável após o nascimento do bebé.

(c) confusão cognitiva. A *confusão cognitiva* parece ser mais característica da depressão pós-parto, sendo considerado como o seu sintoma mais específico (c.f. Paykel, 1985).

Quando comparados com os seus equivalentes na depressão pós-parto, os aspectos epidemiológicos da depressão genérica apresentam algumas diferenças.

IDADE

De uma forma geral, a incidência da depressão aumenta depois da puberdade. Apresenta o seu máximo entre os 25-44 anos e tende a decrescer na terceira idade (Weissman,

Myers e Thompson, 1981). Nas mulheres, há uma maior probabilidade de emergência de um processo depressivo antes dos 35 anos de idade. Enquanto que para os homens este período situa-se entre os 45 e os 65 anos.

A idade fértil de uma mulher situa-se entre os 12 e os 45 anos de idade. Assim, a grande maioria das mulheres procria entre os 18 e os 35 anos. O nível etário das mulheres deprimidas coincide, de uma forma bem evidente, com o seu período de fertilidade.

Pode considerar-se que a maternidade constitui uma das situações que mais contribuem para a diferença de incidência da depressão entre os dois sexos.

ESTADO CIVIL

A relação entre o estado civil e a depressão é complexa. Gove, Hughes e Briggs (1983) chegaram à conclusão de que as pessoas casadas apresentam, de forma geral, uma saúde física e mental mais equilibrada do que as que o não são. No entanto, esta função *protectora* do casamento parece ser mais actuante nos homens do que nas mulheres. Radloff (1975) constatou que, apesar de não existirem diferenças entre os sexos na incidência de depressão nas pessoas solteiras e viúvas, as mulheres casadas, divorciadas ou separadas apresentam uma incidência de depressão significativamente maior do que os homens com o mesmo estado civil.

O'Hara (1980) refere que as mulheres divorciadas manifestam mais frequentemente uma depressão depois de terem tido um bebé do que as suas congéneres com outro estado civil. Outros autores contrariam esta conclusão, não encontrando qualquer tipo de relação entre estas variáveis (Blair *et al.*, 1970; Hayworth *et al.*, 1980; Paykel *et al.*, 1980; Pitt, 1968).

ESTATUTO SOCIO-ECONÓMICO

Contrariamente à depressão puerperal, onde não foram encontradas quaisquer relações significativas entre o estatuto sócio-económico e o grau de perturbação, a depressão genérica parece estar associada a um nível socio-económico mais baixo (Brown e Harris, 1978).

Estes factores epidemiológicos parecem incidir de forma diferente na depressão

genérica e na depressão puerperal. No entanto, apesar das diferenças relativas à irritabilidade, à perda de peso e à confusão cognitiva, os quadros sintomáticos da depressão puerperal e da depressão genérica são bastantes semelhantes. O que parece permitir, como sugerido, a mesma conceptualização para estas perturbações.

Nas secções seguintes, serão introduzidos os principais modelos comportamentais-cognitivos, cognitivos e desenvolvimentistas da depressão genérica, e tentar-se-á salientar a possível contribuição de cada um para a explicação e o tratamento dos processos depressivos puerperais.

3. PARADIGMA COMPORTAMENTAL-COGNITIVO

As primeiras abordagens que se afastaram da conceptualização da depressão em termos do modelo médico inserem-se no paradigma comportamental. No entanto, apesar das correntes *behavioristas* se terem orientado, desde os anos vinte para uma aplicabilidade terapêutica (e.g., fobias, condutas associadas, alcoolismo), os modelos comportamentais da depressão foram concebidos e têm tido alguma expressão clínica, sobretudo nestas duas últimas décadas. As razões deste aparecimento tão tardio são complexas, e estão ligadas à própria dificuldade do behaviorismo em se impôr face a outros paradigmas. Por exemplo, o relativo sucesso das terapias organicistas, apoiadas no modelo médico, enquanto metodologias de controlo e activação do sujeito deprimido através de agentes bioquímicos, contribuiu para reforçar a ideia de que a depressão é, essencialmente, uma *doença física*, inacessível às metodologias baseadas apenas nas leis da aprendizagem. Saliente-se, também, que o estudo, em termos psicológicos, da depressão foi longamente dominado pelas abordagens de cariz analítico (e.g. Abraham, 1960; Bibring, 1953; Freud, 1917/1957; Jacobson, 1971). Comparando a depressão com reacções de pesar, o modelo psicanalítico sugere que a depressão pode ocorrer na sequência da perda, real ou fantasiada, de um objecto amado, conjuntamente com processos intrapsíquicos, tais como a redução da auto-estima e a hostilidade interiorizada. Esta conceptualização não permitiu desenvolver procedimentos de intervenção específicos para a depressão.

Por seu lado, fundamentando as suas asserções em estudos experimentais, os comportamentalistas não procuraram operacionalizar conceitos mentalistas (e.g., hostilidade interiorizada), mas sim variáveis circunscritas e específicas, passíveis de serem analisadas em condições de rigoroso controlo empírico.

Deste modo, nos anos 50 e 60, vários teóricos comportamentalistas procuraram estabelecer uma ligação entre o distúrbio depressivo e os princípios da aprendizagem. Skinner (1953) terá sido o primeiro investigador a realizar uma análise comportamental da depressão. Descreve-a como um enfraquecimento do comportamento devido à quebra de sequências comportamentais estabelecidas, que teriam sido positivamente reforçadas pelo meio social. Esta noção da depressão como um processo de *extinção*, comportando uma redução da frequência de comportamentos positivamente reforçados, é central para todos os desenvolvimentos posteriores da teorização comportamental.

Outros autores seguiram, pois, esta linha. Lazarus (1968) avançou a hipótese de que a depressão é devida à existência de reforço insuficiente ou inadequado, sendo antecedida por uma reacção à redução, real ou antecipada, de reforços positivos. Assim, a depressão é mantida pela falta de competência, oportunidade, ou capacidade, para reconhecer ou utilizar os reforços disponíveis. Por sua vez, Wolpe (1971) considera-a como um comportamento inibitório, resultante de um estado prolongado de ansiedade.

A partir do final dos anos sessenta, a expansão do paradigma comportamental, de forma a integrar os processos cognitivos, deu origem a vários modelos, mais abrangentes. Os principais serão descritos a seguir.

3.1. Modelo de reforço social de Peter Lewinsohn

O modelo da depressão de Lewinsohn (1974; 1986) baseia-se nos princípios da aprendizagem operante. Nesta abordagem, Lewinsohn define depressão como um síndrome que inclui:

- a) a disforia, provavelmente o sintoma mais frequente e debilitante;
- b) o nível baixo de actividade;

- c) os problemas na interacção com o meio social;
- d) os sentimentos de desvalorização e inadequação;
- e) o sentimentos de culpa;
- f) a convicção de se ser alvo de abusos e exigências desproporcionadas;
- g) a dificuldade de concentração;
- h) problemas ao nível físico, sobretudo fadiga, perturbações no sono, alterações no apetite, redução do interesse sexual e, eventualmente, dores de cabeça, estômago e obstipação.

Nos seus trabalhos iniciais, Lewinsohn (1974) considerava que a depressão se encontrava ligada a uma redução nos reforços positivos contingentes às respostas emitidas pelo indivíduo, não sendo o reforço em si mesmo que seria importante, mas sim a relação de contingência estabelecida entre este e a resposta emitida. Actualmente (Lewinsohn, 1975; Lewinsohn e Hoberman, 1982; Lewinsohn *et al.*, 1986), este autor defende que os reforços sociais constituem o elemento fundamental para a etiologia e a manutenção dos comportamentos depressivos.

Lewinsohn e colaboradores (cf. Lewinsohn e Hoberman, 1982) procuraram estudar esta questão por meio de inventários especialmente concebidos para esse efeito: a) Inventário de Acontecimentos Interpessoais (IES); b) Inventário de Acontecimentos Agradáveis (PES); e c) Inventário de Acontecimentos Desagradáveis (UES). Considerando a disforia como o sintoma central da depressão, os investigadores procuraram identificar quais os acontecimentos mais determinantes para a etiologia da depressão. A análise das matrizes de correlação resultantes da aplicação dos inventários e de medidas de disforia revelou que os reforços sociais determinam e mantêm, significativamente, as reacções depressivas.

A disposição positiva parece estar relacionada com os sentimentos da pessoa para se sentir amada e bem integrada socialmente, enquanto que os reforços sociais aversivos (punições), tais como discussões ou discordância conjugal, parecem estar associados a uma disposição negativa, e a sentimentos de auto-depreciação.

Interacções entre a pessoa e o meio ambiente, que conduzam a resultados positivos (e.g., levem a pessoa a sentir-se bem), constituem os reforços positivos e fortalecem o

comportamento adaptativo do sujeito. Por sua vez, o indivíduo deprimido é encarado como emissor de comportamentos, que não levam a reforços positivos suficientemente fortes para manter o seu comportamento adaptativo. De igual modo, a grande frequência de experiências aversivas contribui, de sobremaneira, para a emergência da depressão.

Para este autor, o indivíduo pode experienciar poucos reforços positivos e/ou muitas consequências aversivas quando: a) o meio não oferece reforços positivos e/ou apresenta muitas contingências aversivas; b) o repertório comportamental do sujeito não comporta as aptidões necessárias para obter os reforços positivos, disponíveis no meio, e/ou para lidar eficazmente com os acontecimentos negativos; c) o valor positivamente reforçador dos acontecimentos pode diminuir e/ou o impacto negativo dos acontecimentos aversivos pode aumentar.

Em geral, o comportamento das pessoas deprimidas não é alvo de reforços positivos externos, com um nível suficiente para que os comportamentos adaptados, que eventualmente existam no repertório comportamental, possam manter-se.

Conservando uma perspectiva operante do condicionamento (i.e., a quantidade e a qualidade do reforço, sobretudo social, controlam o comportamento da pessoa), Lewinsohn introduz, igualmente, alguns elementos cognitivos na teorização do processo depressivo. Youngren e Lewinsohn (1980) mostraram que a diferença entre depressivos e não-depressivos se situa, de forma significativa, ao nível do relato verbal. Os depressivos referem uma menor frequência de acontecimentos sociais e interpessoais positivos e uma maior frequência de acontecimentos aversivos. Lewinsohn (Lewinsohn *et al.*, 1980) examinou também a influência da auto-percepção de competência, partindo da hipótese de que os indivíduos deprimidos consideram-se como tendo uma competência social reduzida. Assim, procurou investigar se a percepção de baixa competência social constituiria uma distorção cognitiva (i.e., erros perceptivos), ou uma avaliação realista da redução das aptidões sociais. Usando tanto a auto-observação como a observação por outrem, em situação de interacção grupal. Os resultados sugerem que os depressivos têm uma visão bastante correcta de si próprios, ou seja, vêm-se como os outros os vêm. No entanto, os mesmos dados mostram que indivíduos não deprimidos percebem-se de uma forma mais positiva do que os observadores externos.

Paralelamente, depois de ultrapassarem o estado depressivo, os ex-deprimidos tendem a manifestar o mesmo padrão de auto-avaliação, considerando-se de uma forma mais positiva. As pessoas deprimidas, além de manifestarem menos comportamentos sociais adaptados estão, dolorosamente, conscientes dessa insuficiência.

No entanto, neste modelo consideram-se os sintomas de tipo cognitivo-verbal (e.g., baixa auto-estima, pessimismo, sentimentos de culpa) como tentativas levadas a cabo pelo deprimido para explicar, tanto a si como aos outros, as razões pelas quais se sente mal. Cognitiones, comportamentos e emoções contribuem conjuntamente para a persistência da depressão. Para Lewinsohn, quando o psicólogo fala de depressão, faz referência, sobretudo, à forma como a pessoa se sente, assumindo que as emoções vão influenciar a forma como age. De igual modo, esses sentimentos influenciam a forma como pensa. É mais provável que um indivíduo deprimido tenha mais pensamentos negativos, sobre si próprio e do que o rodeia, do que positivos. Os próprios comportamentos influenciam significativamente a alteração ou persistência de sentimentos, emoções, e pensamentos depressogêneos. Por exemplo, a passividade do depressivo tenderá a exacerbar as emoções e os pensamentos negativos sobre si próprio. De igual modo, os pensamentos negativos sobre si próprio aumentam o sentimento de mal-estar. Ao reforçar a percepção de incompetência, a emissão de comportamentos potencialmente adaptados, passíveis de reforço positivo também diminui. O incremento da passividade vai, por sua vez, reiniciar todo o processo de influências mútuas entre emoções, pensamentos e comportamentos.

Apesar de distinguir as emoções dos pensamentos e estes dos comportamentos, Lewinsohn apresenta uma perspectiva mecanicista do funcionamento psíquico, realçando o determinismo do meio social, em detrimento de uma maior autonomia dessas funções. Esta perspectiva reflecte-se, claramente, nos objectivos do modelo terapêutico proposto. Para Lewinsohn (Lewinsohn *et al.*, 1985) é bem claro que o objectivo da intervenção terapêutica, que prefere referir como uma acção psicoeducacional, consiste em aumentar a quantidade e melhorar a qualidade das acções positivamente reforçadoras do meio, e reduzir a quantidade e a qualidade dos reforços negativos ou aversivos, por meio do ensino de aptidões, que os indivíduos deprimidos podem utilizar para modificar padrões problemáticos de interacção com

o meio.

O programa didáctico de intervenção (i.e., *Coping With Depression Course*) dirige-se, especificamente, a esses padrões de comportamento e de pensamento que se encontram funcionalmente relacionados com a depressão. Incluem: (a) um conjunto reduzido de actividades agradáveis; (b) dificuldades de interacção social; (c) pensamentos depressivos; e (d) ansiedade. Devido à multiplicidade e à heterogeneidade dos problemas apresentados pelos indivíduos deprimidos, este *Curso* visa a aquisição de um conjunto bastante variado de aptidões para lidar com esses problemas. Os participantes são encorajados a dar particular atenção aos *skills* que se apresentam como mais relevantes para as interacções sociais. Neste contexto, as estratégias de intervenção derivam de várias correntes terapêuticas [e.g., Terapia Cognitiva (Beck, 1979), treino de aptidões sociais com aumento de actividades agradáveis, e relaxamento muscular (Lewinsohn *et al.*, 1986)]. Para que o programa tenha um maior impacto, o autor insiste, logo no seu início, que as pessoas podem aprender a controlar o seu comportamento e, conseqüentemente, as reacções depressivas. As aptidões adquiridas podem ser utilizadas no dia-a-dia. Nesse sentido, os participantes devem treinar as aptidões aprendidas, fora do contexto das sessões. Esta prática autónoma encoraja-os a atribuírem os ganhos terapêuticos a si próprios, verificando que se encontram progressivamente mais aptos a confrontarem os problemas.

Este programa é composto por 12 sessões grupais, de 2 horas cada, repartidas por 8 semanas. As primeiras duas sessões são destinadas às regras de funcionamento do curso, à apresentação da conceptualização da depressão, e à didáctica sobre aptidões básicas para a mudança autónoma. As oito sessões seguintes compreendem o treino de aptidões com 4 áreas de aprendizagem: (a) estratégias de relaxamento muscular; (b) aumento da frequência de acontecimentos agradáveis; (c) modificação de pensamentos negativos; e (d) aumento da qualidade e da quantidade das interacções sociais. Cada uma destas áreas ocupa duas sessões. Nas duas sessões restantes, os participantes são ensinados a manter os ganhos obtidos e a prevenir recaídas (Lewinsohn *et al.*, 1986).

Este programa de intervenção (psicoeducacional), tem conduzido, a bons resultados. Lewinsohn e colaboradores (c.f., Lewinsohn *et al.*, 1984, 1985) têm procedido a alguns

estudos para avaliar a eficácia do modelo. Nesse sentido, compararam os participantes no programa com indivíduos deprimidos nas seguintes condições: (a) grupo de controlo, em lista de espera; (b) beneficiando da versão individual e não grupal do mesmo treino; (c) ou da versão individualizada mas transmitida pelo telefone e não directamente pelo terapeuta; (d) terapia comportamental individual. Os resultados permitiam concluir que a eficácia desta abordagem é comparável à da terapia comportamental. Além disso, os indivíduos que beneficiavam do treino, apresentavam melhorias clínicas superiores às da *remissão* em lista de espera. Quando comparadas entre si, as versões grupal, individual e via telefone não apresentavam diferenças significativas.

Desses estudos, podem retirar-se algumas constatações relativas às variáveis do sujeito associadas à obtenção de resultados satisfatórios. Assim, como seria de esperar, o preditor mais poderoso parece ser o nível de depressão anterior ao tratamento, tal como é medido pelo Inventário de Depressão de Beck (Beck *et al.*, 1961). Os indivíduos, que se apresentam mais deprimidos no início do programa, são também os que terminam com um índice de depressão mais elevado. Não quer isto dizer, contudo, que os respectivos ganhos clínicos não tenham sido, em termos relativos, superiores aos dos outros participantes. Infelizmente, este aspecto não foi considerado pelos autores. As expectativas de melhoria constituem outra variável preditora dos resultados terapêuticos. Quanto mais elevadas são as expectativas de melhoria, melhores os resultados. O facto do participante não estar envolvido noutras acções terapêuticas também se encontra positivamente correlacionado com melhores resultados terapêuticos. De igual modo, quanto maior for a ajuda dos familiares, no início do programa, maiores as probabilidades do participante vir a beneficiar do tratamento. A ausência de problemas físicos (e.g., doença) favorece, igualmente, a recuperação a partir de um estado depressivo. Já uma história de tentativas de suicídio encontra-se negativamente correlacionada com as melhorias obtidas. O grau de mestria (e.g., capacidade para lidar satisfatoriamente com os problemas através da auto-atribuição da capacidade de controlo) também contribui para o sucesso na terapia. Quanto mais elevado for o grau de mestria auto-percebido, melhores os resultados. A qualidade dos sintomas, as variáveis demográficas, o tipo de cognições, os acontecimentos de vida penosos, ou mesmo a motivação ou as aptidões

sociais manifestadas no início do programa, não permitem prever os resultados a obter com este programa.

Esta conceptualização da depressão, enquanto perturbação dependente da quantidade e da qualidade das interacções sociais, pode ajudar a compreender o processo depressogénico durante o período puerperal. O recolhimento, ou mesmo a solidão, em que uma grávida frequentemente se encontra, por não se sentir capaz de sair, recluir fazê-lo, ou como resultado das recomendações de familiares e médicos, reduz significativamente as possibilidades de beneficiar de uma interacção social variada e reforçante. Depois do nascimento do bebé, essas restrições tendem a acentuar-se. A nova mãe encontra-se demasiado absorvida pela criança para pensar em reiniciar uma vida social mais activa ou alargada. Não usufruir de contacto social mínimo, dia após dia, pode ser uma experiência bastante depressogénica. A ausência de convivência reduz a quantidade de reforços, e aumenta a vulnerabilidade ao processo depressivo.

O'Hara *et al.* (1982) procuraram estudar as ligações entre vários construtos relacionados com as teorias comportamentais e cognitivas e a depressão puerperal. Um dos modelos referidos nesse trabalho é, justamente, o de Lewinsohn (1974). Nesse estudo, avaliou-se uma população de 170 mulheres relativamente à depressão manifestada antes e depois do nascimento de uma criança, e ao envolvimento em relações interpessoais. Os autores concluíram que estas duas variáveis se encontravam negativa e significativamente correlacionadas. O nível de envolvimento social e interpessoal constitui, pois, um bom preditor da depressão pós-natal.

3.2. Modelo de auto-controlo da depressão.

O modelo de auto-controlo da depressão de Rehm (1977, 1982, 1985) fundamenta-se na conceptualização de auto-controlo de Kanfer (1971, citado em Rehm, 1982). Este modelo assume que, quando um indivíduo se apercebe de que o seu comportamento num determinado contexto não leva ao reforço positivo esperado ou desejado, envolve-se então numa sequência

de acções que, funcionando como um processo de retroacção, acabam por modificar o comportamento inicial. Esta sequência decorre em três fases. A primeira envolve uma auto-monitorização, durante a qual se visa definir esse comportamento, observando-o de forma mais ou menos sistemática. Esta observação recai não só sobre o comportamento específico, mas também sobre os seus antecedentes, os acontecimentos concomitantes ou contexto onde ocorre, e as respectivas consequências. A segunda fase consiste num processo auto-avaliativo mais completo, no qual a pessoa compara a informação recolhida previamente durante a auto-monitorização, com um padrão interno e pré-estabelecido. Para este efeito, Rehm (1982, 1985) procede a uma modificação do modelo de Kanfer, adicionando-lhe um componente auto-atribucional. Parte, assim, do princípio de que a auto-avaliação não pode ocorrer a menos que o indivíduo atribua a causa do comportamento a si próprio, ou seja, que se assuma como único responsável do seu comportamento e do respectivo controlo. Dependendo do resultado obtido na auto-avaliação, a fase final do modelo de Kanfer (1971) consiste num processo de auto-reforço. Comportamentos, que tenham atingido o padrão-critério, serão reforçados, enquanto que os que o não tenham conseguido podem, eventualmente, vir a ser punidos. O autor parte do princípio de que as pessoas podem modificar o seu comportamento da mesma forma que modificam o dos outros, através da manipulação de reforços e punições contingentes a esses comportamentos. Estas respostas podem ser encobertas (i.e., auto-verbalizações positivas ou negativas) ou manifestas (i.e., actividades ou bens agradáveis ou desagradáveis).

Apoiado no modelo de Kanfer (1971), Rehm (1982, 1985) considera que os comportamentos fundamentais na depressão podem ser descritos em termos de perturbações nas várias fases da sequência de auto-controlo. Assim, o comportamento de auto-monitorização das pessoas deprimidas pode ser caracterizado por duas tendências: 1) para dar mais atenção, de forma selectiva, a informações e acontecimentos negativos, com a exclusão das informações e dos acontecimentos positivos; e 2) para atender, também de forma selectiva, às consequências imediatas do comportamento e não às consequências a médio ou longo prazo. Este processo revela-se, sobretudo, na forma como o deprimido avalia o valor positivo de uma actividade, por um lado, estabelecendo critérios avaliativos severos e

rígidos; e, por outro, fazendo auto-atribuições consistentes com as expectativas de resultados negativos. Na fase de auto-reforço, os deprimidos tendem a auto-administrar-se reforços positivos reduzidos e demasiadas punições.

Para o autor (Rehm, 1982, 1985), a sintomatologia depressiva reflecte as perturbações do auto-controlo. A atenção selectiva dos acontecimentos negativos transparece na perspectiva pessimista e na avaliação distorcida da experiência pessoal. A auto-complacência e a dificuldade em se envolver em actividades onde a gratificação tem de ser adiada estão relacionadas com a centração nos acontecimentos e benefícios imediatos. De igual modo, as auto-avaliações negativas e a baixa auto-estima reflectem padrões rígidos e de exigência exagerada. As atribuições depressivas encontram-se relacionadas com a desesperança, o abandono e o desamparo. O auto-reforço reduzido e a preponderância da auto-punição revelam-se, claramente, no diálogo interno auto-depreciativo. Estas auto-verbalizações funcionam contingentemente ao comportamento, levando ao retardamento motor e à frágil motivação. Convém salientar que os indivíduos deprimidos podem apresentar diferentes estilos e aptidões, em cada uma das três fases do modelo.

Rehm (1982, 1985) considera que o comportamento de auto-controlo tem lugar quando uma pessoa se confronta com situações adversas, onde ocorre uma mudança drástica nas contingências de reforços. Os reforços e as punições, anteriormente fornecidos pelo meio, são substituídos pelos reforços e punições auto-administrados. Assim, a depressão resultará da conjunção entre as aptidões insuficientes ou inadequadas de auto-controlo e as mudanças aversivas do meio.

Partindo da premissa de que a depressão pode ser descrita como uma série de perturbações no comportamento de auto-controlo (Rehm, 1982), a estratégia terapeutica resulta na alteração dessas insuficiências em cada uma das fases da sequência. O programa terapeutico proposto por Rehm e colaboradores (1982) é altamente estruturado e fortemente didáctico; tendo como objectivo o ensino dos conceitos relacionados com o auto-controlo. A intervenção decorre num formato grupal, por meio de pequenas palestras, discussões, exercícios de papel-e-lápis e tarefas realizadas fora das sessões terapeuticas.

O programa dura, em média, 10 semanas, sendo cada sessão semanal de uma hora e

meia. Dirige-se a grupos constituídos por cerca de 6-8 pessoas deprimidas. A descrição detalhada do programa sai, naturalmente, do âmbito desta tese. No entanto, devido à sua importância terapêutica e ao facto de poder ligar o modelo de Rehm ao de Seligman, referido a seguir, convém apresentar com certo pormenor o *rationale* e as estratégias da quarta sessão. Na primeira sessão são apresentados os dois princípios orientadores: (a) a disposição é função do comportamento, considerando-se este tanto como uma actividade manifesta como como uma auto-verbalização; e (b) as pessoas deprimidas tendem a atender preferencialmente e de forma selectiva aos comportamentos negativos.

Na segunda sessão, procura-se salientar a covariação do número de actividades positivas e dos tipos de disposição, encorajando a discriminação dos tipos de comportamentos associados a uma disposição mais positiva.

Na terceira sessão introduz-se o terceiro princípio: (c) todas as actividades têm consequências positivas ou negativas, podendo também ser imediatas ou afastadas no tempo. Pretende-se chamar a atenção para as potenciais (ou reais) consequências positivas, a longo prazo, das actividades em que os deprimidos se envolvem. O ponto central discutido na 4ª sessão assenta no facto das pessoas deprimidas tenderem a fazer atribuições externas (e.g., o que aconteceu foi devido a uma causa do meio externo), instáveis (e.g., não irá acontecer sempre da mesma forma) e específicas (e.g., só acontece nesta situação ou actividade particular), quando consideram as situações onde obtêm sucesso. E tenderem a fazer atribuições internas (e.g., devido ao próprio), estáveis (e.g., "é *sempre* assim"), e gerais (e.g., "é assim em *tudo* o que faço"), quando se referem aos fracassos nas suas actividades. No contexto deste programa, as atribuições são consideradas como uma classe de auto-verbalizações inferenciais, tendo um efeito importante nas emoções e no comportamento. Deste modo, procura-se implementar atribuições internas, estáveis e gerais, relativas aos sucessos obtidos.

As sessões cinco e seis prendem-se com o estabelecimento de objectivos. Rehm propõe aos participantes que estabeleçam objectivos que sejam simultaneamente positivos (i.e., conduzam ao aumento e não ao decréscimo de actividade), específicos (i.e., possam ser facilmente identificados no momento em que forem atingidos, tanto pelo próprio como pelos

outros), realistas (i.e., que sejam acessíveis à pessoa) e, finalmente, que estejam sobre o controlo de quem os define.

Na oitava sessão, passa-se do auto-reforço manifesto para o auto-reforço encoberto, privado e introduzem-se dois tipos de auto-verbalizações relativas: (1) às características próprias do indivíduo; e (2) ao reforço dos acontecimentos positivos específicos.

Nas sessões nove e dez procede-se à revisão e ao refinamento de alguns dos procedimentos anteriores.

Este programa terapêutico (Rehm, 1982, 1985), assim como algumas das variações de que tem sido alvo, têm sido sujeitos a vários estudos de validação. Por exemplo, Fuchs e Rehm (ref. em Rehm, 1985), compararam um grupo envolvido num programa nos princípios do auto-controlo, com um grupo terapêutico não específico e um grupo em lista de espera. Após um período de tratamento de seis semanas, os elementos do grupo de auto-controlo mostravam ter beneficiado mais do que os dos outros grupos. Esta superioridade mantinha-se depois de um *follow-up* de seis semanas. No entanto, as diferenças entre os grupos desvaneciam-se posteriormente. Noutro estudo, Rehm e colaboradores (1979) compararam o modelo de auto-controlo com um treino assertivo. Ambos os grupos apresentavam melhorias no final do processo e os ganhos terapêuticos mantinham-se num *follow-up* de seis semanas. Avaliações comportamentais utilizadas durante o processo terapêutico favoreciam, contudo, o modelo de auto-controlo. Estes estudos apontam para uma eficácia do modelo que não pode ser ignorada.

Dentro de uma perspectiva semelhante, O'Hara e colaboradores (1982) procuraram verificar se existia alguma associação entre as deficiências no auto-controlo, tal como apresentadas por Rehm (1977), e a depressão no período do puerpério. Neste sentido, durante a gravidez, avaliaram, por um lado, as crenças e atitudes de 170 mulheres relativas aos comportamentos de auto-controlo, por outro, os níveis de depressão no pré- e pós-parto. Os autores constataram a existência de correlações positivas entre medidas de auto-controlo e o nível de gravidade da depressão no pós-parto. Noutro estudo (O'Hara *et al.*, 1984), os autores obtiveram resultados semelhantes relativamente à associação entre os comportamentos de

auto-controlo deficientes e o estabelecimento de depressão depois do nascimento de um filho.

O recolhimento algo forçado a que a mulher se vê obrigada, depois do nascimento do bebé, não lhe permite obter aprovação ou desaprovação por parte do meio que a rodeia. Assim, ao assumir o papel de mãe, a mulher avalia o seu desempenho a partir de padrões culturalmente transmitidos e/ou de expectativas desenvolvidas durante o período de gravidez. A forma como ela interioriza esses padrões e expectativas, e o significado que lhes atribui, determinam a imagem de si própria depois do parto. As auto-avaliações podem ser mais ou menos objectivas ou realistas. As negativas constituem auto-reforços deficientes, dando origem a um processo depressogéneo.

3.3. Modelo da desesperança aprendida

A teoria da desesperança aprendida (*learned helplessness*, Seligman, 1974) gerou um número razoável de investigações durante a década de 70. No entanto, os seus fundamentos experimentais são bem anteriores. Em 1948, Mowrer e Viek verificaram que os ratos colocados numa situação de choque inescapável revelavam, mais tarde, perturbações na aprendizagem de comportamentos de fuga-evitamento. Mais tarde, Seligman *et al.* (1967) estudaram os efeitos deste tipo de choque na aprendizagem da fuga-evitamento em cães. Estes eram presos com um arnês, sendo-lhes administrados choques eléctricos, que eles não podiam evitar, contingentes a um estímulo condicionado. A ideia original era a de estudar a incubação do medo produzido por um choque inescapável. Quando os cães eram libertados do arnês e lhes era permitido aprender a resposta de fuga apropriada, a grande maioria demonstrava uma dificuldade considerável em aprender a evitar o choque. Em vez de o tentarem fazer, depois da apresentação do estímulo condicionado, muitos dos cães aceitavam passivamente esse choque, num estado comparável à angústia. Seligman verificou que esta passividade era muito resistente à extinção.

Estes resultados, aparentemente inesperados, levaram o autor a postular que, em vez de uma condição de *não-aprendizagem* da situação inescapável, estes animais aprendiam, de facto, que as suas respostas eram ineficazes para controlar o choque.

A ideia de que a aprendizagem da *incontrolabilidade* do trauma tem efeitos poderosos

no comportamento subsequente levou Seligman a sugerir que se pode estabelecer um paralelo entre esta aquisição e a emergência de processos depressivos.

"Quando ocorre um acontecimento traumático, primeiro provoca um estado elevado de emocionalidade que pode, de uma forma geral, ser chamado *medo*. Este estado mantém-se até que uma de duas coisas aconteça: a) se o sujeito aprende que *pode* controlar o trauma, o medo reduz-se e, eventualmente, desaparece; b) se o sujeito aprende que *não pode* controlar o trauma, o medo reduz-se e é substituído pela depressão." (Seligman, 1975, pp. 53-54)

Assim, o axioma central desta teoria é a *controlabilidade*. Se bem que a citação, acima apresentada, sugira uma substituição da ansiedade pela depressão, quando a situação é encarada como incontrolável, é o processo de controlabilidade sobre reforços em geral que está relacionado com a depressão. Desta forma, Seligman tenta providenciar uma solução para as chamadas "depressões de sucesso". Neste tipo de depressão, o indivíduo apresenta uma auto-confiança reduzida e o sucesso apresenta-se como mais arriscado do que o fracasso. Havendo sucesso, ele é, sem dúvida, devido ao acaso. Quando mais tarde ocorre uma situação de fracasso, mais o desapontamento e a rejeição consequentes são amargos.

As investigações experimentais com seres humanos (e.g., Blaney, 1977; Costello, 1978), debruçaram-se sobre os desenvolvimentos relacionados com esta perspectiva. Por exemplo:

- (a) o grau de generalização da influência perturbadora sobre o comportamento, que se segue à experiência com traumas incontroláveis ou problemas insolúveis;
- (b) as semelhanças entre a perturbação na aprendizagem, experimentalmente induzida, e as perturbações na aprendizagem observadas em indivíduos deprimidos;
- (c) o efeito depressivo, que se segue à experiência com situações incontroláveis.

De uma forma geral, os resultados sugerem que:

- 1) A ruptura na aprendizagem produzida por acontecimentos incontroláveis generaliza-se, em certa medida, a outras situações de aprendizagem.
- 2) Existem semelhanças, nas medidas de persistência e expectativa de sucesso em situações que exigem habilidade, entre indivíduos sujeitos a acontecimentos incontroláveis e

estudantes deprimidos.

3) A experiência com acontecimentos incontroláveis pode ter um impacto disfórico (Miller e Seligman, 1973, 1975).

Esta teoria e a de Beck (Beck *et al.*, 1979), que será referida adiante, fazem previsões opostas no que respeita às auto-atribuições. Enquanto que, para Beck, os depressivos culpabilizam-se a si próprios (atribuição interna) pelos resultados negativos (personalização), no modelo de Seligman os resultados concretos negativos são vistos como incontroláveis (atribuição externa). No entanto, Seligman e colaboradores (Abramson *et al.*, 1978) reformularam o modelo de forma a convergir com o de Beck (Beck *et al.*, 1979). Como resultado desta primeira revisão, Abramson *et al.* (1978), também reformularam a teoria da desesperança aprendida dentro do referencial da teoria atribucional (Weiner, 1972; Weiner *et al.*, 1978). Ao fazê-lo, os autores introduziram novas dimensões na teoria de Seligman, considerando a depressão mais determinada cognitivamente.

A teoria atribucional apoia-se nos pressupostos de Hume e Kant, de que as causas não podem ser observadas, sendo constituídas pelo indivíduo de forma a dar uma significação ao que o rodeia. Neste sentido, as causas são psicologicamente determinadas. O modelo da atribuição levanta a questão de como essas causas são atribuídas aos diferentes acontecimentos. Weiner *et al.* (Weiner, 1972; Weiner *et al.*, 1976) afirmam que as percepções causais requerem duas dimensões específicas. Uma dessas dimensões emerge dos trabalhos de Rotter (1966) e consiste no *locus de controlo* (ou dimensão interna-externa). De acordo com esta teoria, a causalidade é atribuída a factores internos (o próprio indivíduo,) ou externos (o mundo). Os autores (Abramson *et al.*, 1978), que aderiram à dimensão de causalidade de locus de controlo, afirmam que tanto a expectativa como a persistência do comportamento dependem da percepção de um dado acontecimento como sendo ou internamente controlado (pelo próprio) ou externamente controlado (pelos outros ou pelo mundo físico). As percepções de controlo interno produzem uma alta persistência na realização da acção, enquanto que as percepções de controlo externo produzem uma baixa persistência.

A teoria atribucional (Weiner, 1972) pelo seu lado, considera que o que melhor explica as mudanças de expectativa e a persistência comportamental é a dimensão estabilidade-

-instabilidade. Se o indivíduo percebe a causa do sucesso ou do fracasso como devida a factores estáveis, então espera o mesmo resultado no futuro. A persistência é determinada da mesma forma. Se a pessoa percebe as causas do sucesso ou do fracasso como devidas a factores instáveis, então a persistência pode ser alta no caso do fracasso (e.g., atribuindo-o ao esforço) ou baixa face ao sucesso (e.g., atribuindo-o à sorte).

Os factores estáveis mais estudados têm sido a habilidade e a dificuldade da tarefa. Os instáveis são o esforço e a sorte (Weiner, 1972). O Quadro 1 resume estas dimensões atribucionais.

QUADRO 1
Principais dimensões atribucionais de Weiner (1972)

Dimensões	INTERNO	EXTERNO
ESTÁVEL	HABILIDADE	DIFICULDADE DA TAREFA
INSTÁVEL	ESFORÇO	SORTE

No que respeita à depressão, a atribuição mais importante é a de interno-estável, relativamente ao fracasso. De acordo com a teoria da aprendizagem social (Bandura, 1977), a percepção de que o acontecimento (fracasso) é internamente controlado deve gerar uma persistência alta. No entanto, a teoria atribucional afirma que, uma vez que o fracasso é atribuído a um factor estável, o mesmo resultado (fracasso) será esperado no futuro e, assim, a persistência será baixa.

Weiner *et al.* (1979) demonstraram que, em situações de sucesso e fracasso, atribuições diferentes podem produzir reacções afectivas diferentes. As mais relevantes para a depressão são, naturalmente, as reacções que resultam de uma atribuição de fracasso. Por sua vez, as mais dominantes em relação à falta de habilidade, no caso do fracasso, são as de incompetência e inadequação. O esforço estável, por oposição ao instável, parece estar estreitamente relacionado com a depressão, caracterizada por reacções afectivas de

desesperança. Afectos negativos semelhantes estão associados a atribuições internas e estáveis em situações de fracasso. Pode acontecer que o facto de tentar primeiro e, depois, fracassar, devido a uma dificuldade de que o indivíduo se dá conta, seja mais depressogénico do que não se preocupar com essa dificuldade logo de início.

De uma forma geral, a depressão está associada com atribuições internas e não externas, como se preconizava no modelo original. Consequentemente, no modelo reformulado, Abramson *et al.* (1978) enfatizam 3 dimensões de atribuições:

1. Universal (global) / pessoal (específica)
2. Estável / instável
3. Interno / externo

Os autores sugerem que, quando os indivíduos verificam que são incapazes de controlar os resultados desejados, procuram as causas desse facto. A gravidade e a cronicidade da depressão resultam, em parte, da causa percebida não deixar antever um controlo dos resultados.

Atribuições internas/pessoais/estáveis conduzem a pessoa a acreditar que o fracasso no controlo dos resultados é devido a defeitos próprios, e que, devido à estabilidade, será de esperar o mesmo resultado negativo no futuro. Desta forma, a dimensão de atribuição escolhida levará tanto a um abaixamento da auto-estima, como a uma visão sem esperança do futuro.

Os autores sugerem que os indivíduos deprimidos fazem atribuições mais globais, estáveis e internas.

Pode resumir-se este modelo, por meio das quatro premissas, que lhe estão subjacentes. Em primeiro lugar, o indivíduo desenvolve, através de processos de aprendizagem, expectativas de resultados ou consequências negativas, decorrentes do seu desempenho. Resultados aversivos ou indesejados têm alta probabilidade de ocorrência, esperando-se o contrário de resultados positivos ou desejados. Em segundo, o indivíduo cria, também, expectativas de incontrolabilidade. Os acontecimentos aversivos não são passíveis de serem alterados pelas respostas compreendidas no repertório comportamental da pessoa. Em terceiro lugar, a pessoa adquiriu um estilo atribucional depressogénico. Tende a fazer

atribuições internas, estáveis e globais aos fracassos, e atribuições externas, instáveis e específicas aos sucessos. Finalmente, a gravidade das insuficiências motivacionais ou perturbações cognitivas da depressão dependem do grau de adesão às expectativas, tanto no que respeita à probabilidade de ocorrência de consequências negativas, como da possibilidade de controlo sobre esses resultados. Para Seligman (1982), o processo depressivo emerge do confronto das antecipações negativas, fundamentadas nas atribuições internas, estáveis e globais, com as situações reais.

O modelo de intervenção decorrente desta teorização reparte-se em quatro grandes áreas (Seligman, 1982):

(a) *enriquecimento do meio que rodeia o sujeito*: Pretende-se favorecer o aumento da probabilidade de ocorrência de resultados positivos, dependentes do desempenho do sujeito, e reduzir a probabilidade dos resultados negativos, o que pressupõe a reestruturação das contingências reforçadoras do meio.

(b) *treino de controlo pessoal*: Visa-se modificar as expectativas de controlabilidade dos acontecimentos, através do treino de aptidões de confronto ou da modificação das expectativas distorcidas.

(c) *treino da aceitação e da resignação*: Pretende-se, fundamentalmente, como o Seligman refere, tornar os resultados preferidos menos preferidos, tornar os resultados mais desejados menos desejados.

Quando o meio não pode ser manipulado de forma efectiva, e não é possível implementar o treino de aquisição de aptidões, então as estratégias terapêuticas incidem nos padrões de expectativa do indivíduo. Procura-se torná-los mais realistas. Tenta-se que a pessoa conceba consequências desejáveis alternativas.

(d) *treino atribucional*: Visa-se a mudança das atribuições causais por meio da auto-observação ou do confronto directo com o meio concreto e/ou com as asserções do terapeuta.

As estratégias específicas de intervenção nestas quatro áreas derivam de modelos comportamentais e cognitivos [e.g., dessensibilização sistemática (Wolpe, 1969), técnicas de confronto da R.E.T. (Ellis, 1962) e da Terapia Cognitiva (Beck *et al.*, 1979)].

A idéia de auto-controlo percebido, fundamental para o modelo de *desesperança aprendida* de Abramson *et al.* (1978), tem sido, com alguma frequência, apontado como uma variável importante para se compreenderem tanto os aspectos obstétricos como os psicológicos, relacionados com a gravidez e o parto (Charles, Norr, Block, Meyring e Meyers, 1978; Hayworth *et al.*, 1980). De acordo com esse modelo, seria de esperar que as mulheres que fizessem atribuições internas, estáveis e globais, para os acontecimentos negativos, se mostrassem particularmente vulneráveis à depressão depois do nascimento da criança. Manly *et al.* (1982) procuraram verificar se as hipóteses decorrentes deste modelo da depressão seriam aplicáveis à depressão puerperal. Utilizando uma amostra de 50 mulheres, procuraram avaliar os seus estilos atribucionais antes do nascimento, assim como os níveis de depressão pré-natal e pós-natal. Os resultados obtidos não parecem poder comprovar uma relação significativa entre as atribuições feitas no período anterior ao nascimento e a depressão pré e pós-parto. De igual modo, o estilo atribucional estudado não parece ter valor preditivo relativamente à depressão pós-parto. Para Manly *et al.* (1982), o facto de a depressão pós-parto poder ser um distúrbio distinto da depressão em geral, com padrões atribucionais dos respectivos sujeitos deprimidos igualmente diferentes, explicaria estes resultados.

Cutrona (1983) procurou, também, estudar a ligação entre as atribuições causais e a depressão pós-natal. Apoiada no mesmo modelo teórico da *desesperança aprendida* (Abramson *et al.*, 1978), avaliou o estilo atribucional de 85 mulheres durante o terceiro trimestre de gravidez, e o seu nível de depressão 2 meses depois do parto. Durante o puerpério, foram também avaliadas as atribuições causais dessas mulheres em relação a outros acontecimentos negativos, que ocorressem no período pós-natal. Os resultados obtidos contrariam as conclusões de Manly *et al.* (1982). Cutrona (1983) refere que o estilo atribucional avaliado no pré-parto é um preditor significativo do nível de depressão pós-natal, se bem que não permita prever quais as atribuições causais feitas para os acontecimentos negativos no puerpério. De igual modo, o estilo atribucional encontra-se também relacionado com a recuperação ou remissão dos sintomas depressivos. Com efeito, entre as mulheres que se encontravam medianamente deprimidas no pós-parto, aquelas que não manifestavam um

estilo atribucional depressivo revelaram alguma melhoria nos sintomas depressivos, cerca de 6 semanas depois do parto.

À semelhança de Cutrona (1983), O'Hara *et al.* (1982) também verificaram uma associação entre o estilo atribucional e a ocorrência de depressão puerperal. Contando com uma população constituída por 170 mulheres, estes autores avaliaram, entre outras variáveis cognitivas e comportamentais, o seu estilo atribucional e o nível de depressão durante o segundo trimestre de gravidez e três meses depois do nascimento do bebé. Os resultados obtidos sugerem que o estilo atribucional constitui um bom preditor da depressão pós-natal. Num trabalho posterior, O'Hara *et al.* (1984) não conseguiram replicar esta associação entre estilo e depressão.

Destes estudos, podemos inferir que, ou as atribuições de causalidade se encontram ligadas à etiologia da depressão, ou a depressão pós-parto apresenta, como já foi referido por Manly *et al.* (1982), características próprias e distintas da depressão não puerperal. Uma outra hipótese diz respeito a uma eventual particularidade da depressão pós-parto. O nascimento de uma criança constitui, quase sempre, um motivo de perturbação para a mãe. No entanto, pode ser vivido tanto como uma perturbação positiva e exultante, como como negativa e disfuncional. Independentemente das atribuições causais antes do nascimento, as reacções emocionais da puérpera poderão variar, em função do modo subjectivo como vive esse acontecimento. Apesar de existir alguma estabilidade no estilo atribucional das mulheres, observadas nestes estudos, o nascimento de uma criança pode significar, para a mulher, o atingir de um objectivo desejado e há muito esperado. Se assim for, as expectativas mais negativas podem ser modificadas, ou desvalorizadas, evitando, assim, a emergência da depressão, ou promovendo a sua remissão.

De forma geral, pode considerar-se que as atribuições feitas pelas futuras mães têm alguma relevância para o desenvolvimento da depressão no pós-parto, mas também para a possibilidade de ocorrer uma remissão dos sintomas depressivos.

Este modelo atribucional parece ser importante sobretudo para explicar o fenómeno de remissão dos sintomas depressivos puerperais. Cutrona (1983) verificou que as mulheres deprimidas que *não* apresentavam um estilo atribucional depressivo apresentavam uma

remissão do seu quadro sintomático cerca de um mês e meio após o parto. Aquelas que o apresentavam tendiam a permanecer com as suas reacções depressivas.

Nos modelos anteriores, considera-se que todos os comportamentos são regidos pelas mesmas leis. Os comportamentos manifestos (e.g., motores) ou encobertos (e.g., cognições, atribuições) estão dependentes do contexto concreto onde se inserem. Assim, o meio constitui o alvo preferencial das estratégias terapêuticas. Deste modo, Lewinsohn pretende reduzir a disforia do deprimido por meio do reforço positivo de interacções sociais adaptadas, enquanto que Rehm se apoia, essencialmente, nos processos de auto-'reforço' e auto-'punição'.

" Ao passar repetidas vezes por situações que não consegue controlar, o organismo aprende que a resposta é independente do reforço. Este facto é transformado numa representação cognitiva, chamada *expectativa*, de que o comportamento e os seus resultados são independentes. Esta expectativa constitui a *causa* para o enfraquecimento motivacional (e.g., reduzida frequência de resposta), cognitivo (e.g., interferência com a aprendizagem instrumental posterior) e emocional (e.g., primeiro medo, e depois depressão), que acompanham o estado de desesperança." (Lewinsohn e Hoberman, 1982, pp. 408).

Seligman, por seu lado, apresenta um modelo mais *cognitivist*, mas cuja fundamentação se encontra ainda muito ligada às idéias de reforço e punição (i.e., aprendizagem da não-contingência entre os comportamentos e as suas consequências).

É a perda da relação de contingência que provoca a vulnerabilidade da pessoa à perturbação emocional.

As propostas terapêuticas destes autores são bastante ecléticas. Defende-se o uso de metodologias dirigidas tanto aos comportamentos instrumentais como às cognições e

emoções. Contudo, tendem a privilegiar os aspectos mais "comportamentais" da perturbação. Como afirmam Hollon e Beck (1986), referindo-se ao modelo de auto-controlo de Rhem (1985)

"... se bem que o [modelo de] auto-controlo dê atenção, em parte, aos processos cognitivos, o seu modelo básico de mudança encontra-se mais estreitamente relacionado com a auto-manipulação de contingências comportamentais do que com a alteração directa dos processos cognitivos (pp. 452-453)".

Os modelos comportamentais-cognitivos descritos promovem a aquisição de aptidões sociais e/ou a modificação de estilos de auto-verbalização. Promove-se a aquisição de aptidões, que permitam ao cliente confrontar-se de forma mais adequada com o mundo que o rodeia, e consigo próprio. Em paralelo, as estratégias de auto-observação permitem aumentar ou melhorar o auto-conhecimento do deprimido. Para que possa participar mais activamente no processo terapêutico.

4. PARADIGMA COGNITIVO DA DEPRESSÃO

4.1. Teoria Cognitiva da Depressão de A. Beck

A conceptualização mais saliente da teoria cognitiva de Beck (1976; Beck *et al.*, 1979; Hollon e Beck, 1979) consiste em considerar as cognições como sendo os principais determinantes das emoções e dos comportamentos. O termo *cognição* é, no entanto, muito lato. Tanto se pode referir aos conteúdos como aos processos do pensamento (Kovacs e Beck, 1978). É utilizado por Beck pelo menos de três formas distintas.

Em primeiro lugar, pretende descrever pensamentos e imagens que ocorrem na corrente da consciência. Por exemplo, os pensamentos automáticos constituem acontecimentos específicos, discretos e extremamente rápidos que podem passar despercebidos, a menos que a pessoa dirija para eles a sua atenção.

Em segundo lugar, pode referir-se a processos cognitivos que transformam os estímulos externos. Estão neste caso as distorções cognitivas, as avaliações cognitivas ou os erros lógicos, que ordenam e classificam as percepções ou os inputs externos, dando-lhes, deste modo, um significado individual.

À luz da teoria do processamento da informação, estes processos incluem, por exemplo, a atenção, a retenção, a abstração e a codificação da informação.

Beck concebeu vários tipos de deficiências ou distorções cognitivas:

(a) *abstrações selectivas*: o deprimido dirige a sua atenção apenas para um detalhe da situação, ignorando outros aspectos mais salientes. O significado geral da situação é, assim, subordinado a um particularismo fora de contexto.

(b) *personalizações*: a pessoa deprimida tende para uma centração em si própria das implicações de qualquer acontecimento, mesmo quando nada o justifique.

(c) *magnificações e minimizações*: o deprimido exagera o significado ou a importância de uma situação, seja através da sobrevalorização dos seus aspectos mais negativos ou da desvalorização dos mais positivos.

(d) *generalizações excessivas*: o indivíduo emite juízos ou faz previsões globais a partir de um pequeno incidente ou de uma observação parcial do acontecimento.

(e) *inferências arbitrarias*: as conclusões a que a pessoa chega apoiam-se em informações inadequadas ou insuficientes, podendo mesmo ser contrárias à informação disponível.

(f) *pensamento dicotómico*: o deprimido tende a dividir os acontecimentos em duas categorias dicotómicas ou radicalmente opostas: bom ou mau; sucesso ou fracasso; aceitação ou rejeição, etc.. Quando se descreve, inclui-se na categoria negativa ou depreciativa.

A terceira conotação do termo cognição prende-se com a conceptualização de estruturas cognitivas. Ao contrário dos pensamentos e das imagens, as estruturas cognitivas não se encontram na corrente de consciência. São construtos que definem mecanismos cognitivos mais gerais, como sejam crenças e atitudes. Kovacs e Beck (1978, pp.526) chamaram a essas estruturas *esquemas*, descritos como "aspectos relativamente permanentes da organização cognitiva da pessoa", "representações organizadas da experiência anterior" ou

"sistemas de classificação de estímulos". Estas estruturas constituem as regras ou os princípios subjacentes às interpretações individuais dos acontecimentos e do comportamento.

Estes três tipos de cognições encontram-se intimamente ligados à emergência e persistência do processo depressivo. Para Beck (1976 ; Beck *et al.*, 1979), no período inicial do desenvolvimento da pessoa, esta começa por estabelecer regras e valores rígidos e absolutistas, apoiados em premissas erradas (i.e., não verificáveis empiricamente). Os esquemas evoluem a partir dessas crenças, passando a orientar os processos do pensamento, mesmo na ausência de informação factual. Estes esquemas funcionam, igualmente, como filtros e/ou moldes relativos à informação do exterior. Quando activados por um acontecimento semelhante ao que esteve associado à sua criação, deixam passar apenas a informação que confirma a crença original, ou distorcem a informação para chegar à mesma confirmação. Esta distorção da experiência é mantida pelos erros lógicos implicados no processamento da informação, transparecendo sob a forma de pensamentos automáticos. Para Beck (1976), o tipo de perturbação está associado ao conteúdo ideacional da pessoa que, por seu lado, depende do impacto que os acontecimentos têm nessa pessoa. O mesmo acontecimento será interpretado de forma diferente por duas pessoas, assumindo significados diferentes.

Um dicionário apresenta uma listagem mais ou menos exaustiva de significados para um determinado termo. Esses significados são geralmente aceites pelos utilizadores desse idioma. Mas os acontecimentos vividos por cada indivíduo não contêm essa universalidade de significados. A forma como cada acontecimento é analisado depende essencialmente do sistema de crenças do leitor. E o seu significado será, pois, ideossincrático. Estes significados pessoais são frequentemente irrealistas, na medida em que as oportunidades para comprovar a sua plausibilidade são escassas. No entanto, são justamente estas interpretações que determinam, no modelo de Beck, a qualidade ou o teor das respostas emocionais. Assim, o indivíduo ansioso tenderá a produzir pensamentos associados a um esquema de vulnerabilidade; enquanto que o deprimido apresenta pensamentos centrados em crenças de desvalorização e perda. Deste modo, quando alguém atribui um significado irrealista a um acontecimento pode experimentar uma reacção emocional que a maioria das pessoas

consideraria excessiva.

Em princípio, a pessoa tenderá a dar uma maior relevância aos objectos, circunstâncias ou acontecimentos mais ligados ao seu domínio pessoal, ou seja, às suas crenças, objectivos, expectativas e atitudes. Beck (1981, Beck *et al.*, 1985) considera que, apesar dos sintomas da depressão poderem parecer semelhantes, podem ser distintos de acordo com dois tipos de personalidade: autónoma e sociotrópica. A sociotrópica é caracterizada por uma grande dependência social e pela auto-valorização interpessoal. Neste sentido, os sentimentos de segurança e de bem estar estão relacionados com a aprovação social e a manutenção de um relacionamento socio-afectivo diversificado. Quando se encontra deprimido, o indivíduo vê-se como socialmente indesejável e responsabiliza-se pela quebra ou diminuição das relações sociais. Por sua vez, na personalidade autónoma, a auto-valorização está ligada à auto-estima e ao nível de competência no desempenho de tarefas. Quando deprimido, um indivíduo vê-se, ou sente-se, como um fracassado, ou um incompetente que não desempenhou o seu papel de forma satisfatória.

As pessoas deprimidas manifestam o que Beck (1976) chama triade cognitiva negativa: (a) uma perspectiva negativa de si próprio, (b) uma perspectiva negativa do mundo; e (c) uma perspectiva negativa do futuro. O primeiro componente diz respeito ao facto do deprimido se considerar como uma pessoa sem valor, inadequada e com deficiências mentais, morais ou físicas. O segundo, refere-se à percepção de um mundo cheio de obstáculos, que o impedem de obter um mínimo de satisfação. As experiências de vida são vistas como confirmações dos seus fracassos. Finalmente, o deprimido mantém uma perspectiva pessimista do futuro, com antecipações de novas perdas e insucessos. O futuro apenas lhe reservará dor e frustrações, sem qualquer esperança de mudança.

Beck (*et al.*, 1979) caracteriza ainda o pensamento do depressivo pelo modo como estrutura a realidade, semelhante ao do sincretismo (Piaget, 1966). Assim, tende a atribuir-lhe significados extremados, negativos, categóricos, absolutos e apoiados em juízos arbitrários. Em consequência, a resposta emocional tende a ser negativa e exagerada. Beck refere-se a este tipo de pensamento como sendo primitivo por oposição ao raciocínio de maior maturidade. Estas duas formas de pensamento apresentam características diferentes:

O pensamento primitivo é não dimensional e global (e.g., "sou uma pessoa medrosa"); absolutista e moralista (e.g., "sou um covarde"); invariante (e.g., "tenho sido sempre e sempre serei um covarde"); contém uma avaliação caracterológica (e.g., "tenho um defeito de carácter"); e é irreversível (e.g., "uma vez que sou essencialmente fraco, não posso fazer nada acerca disso").

O pensamento maduro é multidimensional (e.g., "sou moderadamente medroso, bastante generoso e razoavelmente inteligente"); relativista e não arbitrário (e.g., "sou mais medroso que a maior parte das pessoas"); variável (e.g., "os meus medos variam de tempos a tempos e de situação para situação"); contém uma avaliação comportamental (e.g., "evito demasiado as situações e tenho muitos medos"); e é reversível (e.g., "posso aprender maneiras de enfrentar as situações e lutar contra os meus medos") (Beck et al., 1979).

A pessoa deprimida apresenta, assim, um pensamento de tipo primitivo, invariante, global irreversível, etc..

O objectivo da Terapia Cognitiva da Depressão (Beck et al., 1979), consiste em reduzir as reacções emocionais excessivas, por meio do confronto activo das interpretações erróneas, dos acontecimentos passados e presentes, das suas expectativas, do seu comportamento auto-depreciativo e das suas atitudes disfuncionais. As crenças, as expectativas e os pressupostos apresentados pelo cliente são encarados como hipóteses, que devem ser testadas empiricamente.

Este modelo terapeutico constitui uma abordagem racionalista, bastante estruturada e limitada no tempo, envolvendo experiências de aprendizagem específicas orientadas para ensinar o cliente a: (a) monitorizar os pensamentos automáticos negativos; (b) reconhecer as ligações entre as cognições, os afectos e os comportamentos; (c) testar os argumentos a favor e/ou contra os pensamentos automáticos distorcidos; (d) substituir as cognições negativas por interpretações mais realistas; e (e) identificar e alterar as crenças disfuncionais que levam à distorção da realidade (Beck et al., 1979). A estratégia básica, que permite atingir estes

objectivos, é denominada de empiricismo colaborativo. O terapeuta e o cliente desempenham o papel de colaboradores activos na identificação dos problemas, na delineação e execução da comprovação das hipóteses específicas de trabalho e na análise das crenças e normas. Em princípio, são as constatações do cliente durante essas experiências científicas, que desencadeiam o processo da mudança adaptativa.

As estratégias específicas usadas neste modelo terapêutico são tanto comportamentais como cognitivas. Os procedimentos comportamentais servem, fundamentalmente, para facilitar a obtenção de dados empíricos e promover o confronto com as crenças disfuncionais, visando a sua desconfirmação. Incluem a auto-observação diária de actividades, a avaliação da disposição, a programação de actividades, a realização de tarefas progressivamente mais complexas e a implementação de actividades de desempenho de papéis (e.g., role-playing). Os procedimentos mais cognitivos envolvem a auto-observação de pensamentos e afectos relacionados, o confronto racional das crenças, normas e outras cognições, e as técnicas de reatribuição e descentração de perspectivas pessoais inadequadas.

✍ Originalmente concebido para um acompanhamento individual, o modelo tem sido muito utilizado sob formato grupal (Beck *et al.*, 1979). No entanto, a modalidade grupal não se apoia nos processos tradicionais da maioria terapias de grupo. Por exemplo, a dinâmica grupal não parte das interacções dos participantes, ou não assenta na relação do grupo com o terapeuta, mas mantém os exercícios de auto-monitorização e confronto utilizados no acompanhamento individual. Trata-se, de facto, de uma terapia individual que se processa em grupo. Como este formato é também utilizado na metodologia de intervenção seguida nesta tese, convém detalhar o modelo grupal da Terapia Cognitiva. Saliente-se que decorre geralmente ao longo de 12 sessões semanais, cada uma com cerca de duas horas. Como se referiu, os procedimentos utilizados são coincidentes com os da terapia individual (Beck *et al.*, 1979): terapia individual:

- 1) Apresentação do *rationale* do modelo terapêutico:
 - (a) relação entre cognições, sentimentos e comportamentos;
 - (b) preparação do cliente para um processo activo e colaborativo;
 - (c) terapia como uma abordagem de treino de aptidões;

(d) contexto terapeutico como um lugar e um momento, que facilitam a emissão de alternativas para as dificuldades do dia-a-dia, sugerindo que a validade de cada uma pode ser testada;

(e) contexto terapeutico como um lugar e um momento, que possibilitam a correcção de crenças disfuncionais, responsáveis pela disposição depressiva.

2) Treino dos procedimentos de auto-observação e monitorização:

(a) didáctica das estratégias de auto-observação e registo sistemáticos;

(b) treino específico dos procedimentos de auto-observação relativos à disposição e às actividades;

(c) apresentação das tarefas a serem realizadas em casa;

(d) revisão dos trabalhos de casa.

3) Implementação de estratégias comportamentais de activação dos clientes e teste das suas crenças:

(a) programação de actividades, total ou parcial;

(b) programação progressiva de tarefas, permitindo dividir actividades complexas nos seus componentes mais elementares;

(c) implementação de uma "terapia de sucesso", ou seja, incentivo aos clientes para se envolverem, inicialmente, em actividades concretas e fáceis, garantindo o seu sucesso;

(d) programação de acontecimentos agradáveis.

4) Identificação de crenças e processos cognitivos:

(a) identificação de crenças:

- treino de acesso aos pensamentos automáticos;

- recurso a situações *ao vivo*;

- uso de procesos de auto-observação para facilitar a recordação de situações e crenças consequentes;

(b) Identificação de processos cognitivos:

- treino do reconhecimento dos erros lógicos;

5) Avaliação das crenças:

(a) processos de distanciamento;

(b) exploração dos sistemas de significações (e.g., *o que é que isso significa para si?; o que é que o perturba nisso?*)

(c) "Registo de Pensamentos Disfuncionais" (RPD), por meio da auto-observação e registo das situações, dos sentimentos e dos pensamentos automáticos;

(d) apresentação de três questões que orientam a análise das crenças:

- *Evidência*: "Quais as razões objectivas a favor ou contra esta crença? O que é que me faz pensar que é verdade? O que é que me levaria a pensar o contrário?";

- *explicações alternativas*: "Existem outras explicações para este acontecimento, além das que eu tenho sugerido? Que outras explicações podem também ser plausíveis?";

- *implicações*: "Mesmo que aquilo em que acredito seja verdade, ou parcialmente verdade, quais as suas implicações reais? Serão as consequências assim tão negativas? Serei incapaz de lidar com essas consequências?"

(e) testagem empírica das hipóteses.

6) Prevenção da recaída e finalização do processo terapêutico;

(a) *role-playing* de situações de recaída;

(b) antecipação de estratégias de confronto para a situação de recaída;

Tanto na sua modalidade diádica como na grupal, a Terapia Cognitiva da Depressão tem apresentado bons resultados. Por exemplo, Shaw (1977) comparou a Terapia Cognitiva com o modelo do Reforço Social de Lewinsohn, com uma condição de controlo meramente atencional e uma lista de espera. Todas as condições se mostraram superiores à lista de espera, mas o modelo de Beck mostrou-se superior aos grupos comportamental e atencional. Beck *et al.* (1985) compararam o modelo com um tratamento cognitivo-psicofarmacológico. Os dois tratamentos obtiveram graus de sucesso semelhantes, que se mantiveram pelo período de um ano. Blackburn *et al.* (1981) compararam também o modelo de terapia cognitiva com um tratamento misto, cognitivo-psicofarmacológico e uma intervenção apenas psicofarmacológica. O tratamento apenas apoiado na medicação mostrou-se menos eficaz do que as outras duas condições, que não se diferenciavam entre si.

Quando comparadas entre si, a modalidade individual da terapia cognitiva revelou ser superior à modalidade grupal, apesar de ambas se mostrarem eficazes na redução da sintomatologia depressiva (Rush *et al.*, 1977). Parece, no entanto, plausível afirmar que a versão grupal se apresenta como uma alternativa terapêutica pelo menos tão eficaz como a generalidade dos modelos com que foi comparada, à excepção da modalidade individual (Shaw, 1977; Beck *et al.*, 1985; Blackburn *et al.*, 1981; Rush *et al.*, 1977).

Têm sido feitas poucas tentativas para enquadrar a depressão pós-parto no modelo psicopatológico apresentado por Beck. Nesse sentido, O'Hara *et al.* (1982, 1984) avaliaram as atitudes disfuncionais, ou cognições distorcidas, apresentadas por mulheres durante a gravidez e o puerpério. Estas cognições revelavam ser bons preditores da gravidade deste tipo de depressão. Porém, estes resultados não foram confirmados por Acton e Genest (1987), que procuraram estudar a relação entre factores situacionais e a vulnerabilidade à depressão, analisando as atitudes disfuncionais implicadas na depressão pós-parto. Para tal, avaliaram um grupo de mulheres durante a gravidez e depois do parto. Os resultados não permitem apoiar o modelo de vulnerabilidade de Beck (Beck *et al.*, 1979). No entanto, parecia existir uma certa relação entre o *stress* e a mudança da disposição depressiva. Por outro lado, uma antecipação mais realista do pós-parto encontrava-se associada a uma disposição menos depressiva. Enquanto que as mulheres que sobrestimavam os aspectos mais positivos e agradáveis do puerpério tendiam a apresentar uma sintomatologia mais depressiva.

Apesar de escassas, estas tentativas permitem algum optimismo relativamente à adequação deste modelo na compreensão da depressão puerperal. As mulheres, que tenham desenvolvido crenças disfuncionais ligadas à perfeição ou à necessidade de cooperação por parte de outrem, têm, no pós-parto, a oportunidade de activar esses esquemas disfuncionais. Sobretudo, quando se apercebem de que não são super-mães ou de que se encontram isoladas. A sua atenção dirige-se exclusivamente ao bebé. Qualquer falha nos cuidados que dispensa à criança poderá ser imediatamente exagerada e ocupar totalmente o seu pensamento. Esse erro, insignificante para outras pessoas, constituirá para ela a prova irrefutável de que não tem condições para ser uma boa mãe. Assim, tenderá a desvalorizar-se nesse papel. Essas significações poderão, ainda, generalizar-se a outras áreas da sua vida, aumentando a

gravidade das reacções depressivas.

Kendall e Bemis (1983), propõem uma sistematização dos aspectos comuns à generalidade dos modelos psicopatológicos cognitivos:

- " 1. o organismo humano responde, essencialmente a representações cognitivas do que o rodeia, mais do que ao que o rodeia em si mesmo;
2. a maior parte do comportamento humano é mediado cognitivamente;
3. pensamentos, sentimentos [emoções] e comportamentos estão causalmente inter-relacionados;
4. atitudes, expectativas, atribuições e outras actividades cognitivas são centrais para a produção, previsão e compreensão dos comportamentos psicopatológicos e dos efeitos das intervenções terapêuticas;
5. os processos cognitivos devem ser alvo de formulações testáveis, que sejam facilmente integráveis em paradigmas comportamentais, sendo possível e desejável uma combinação de estratégias de intervenção cognitivas com estratégias de acção e gestão de contingências comportamentais;
6. o papel do terapeuta cognitivo consiste em agir como um diagnosticador, educador e consultor técnico, que avalia os processos cognitivos inadaptativos e trabalha com o cliente de forma a delinear experiências de aprendizagem que possam corrigir essas cognições disfuncionais e os padrões comportamentais e afectivos com elas correlacionados (pp. 565-566)."

Apesar das diferenças existentes relativamente à ênfase colocada nos processos cognitivos, os terapeutas comportamentalistas-cognitivistas (i.e., adeptos de uma perspectiva empiricista) e os cognitivistas (i.e., adeptos de uma perspectiva racionalista), partilham a mesma perspectiva ontológica. Ambos *acreditam* na existência de uma realidade exterior, estável e única, assumindo assim uma perspectiva claramente *realista*. Idealmente, as representações cognitivas dessa realidade externa devem ser "perfeitas" e válidas. Ou seja, correspondem de uma forma absoluta à realidade. São, justamente, as "deformações" dessas

representações que desempenham um papel importante no desenvolvimento e na manutenção dos processos patológicos.

Como referido, para Beck, a psicopatologia do indivíduo depende das crenças que perfilha e dos esquemas que são activados. Em suma, a perturbação deriva das significações da pessoa. Estará ansiosa se esse esquema estiver ligado a significações de vulnerabilidade; estará deprimida se associado a significações de perda e desvalorização. Como foi também referido, para prevenir ou remediar as reacções emocionais excessivas e inadequadas, as significações que a pessoa atribui à realidade devem ser encaradas como hipóteses passíveis de validação, tanto racional como empírica. Ou seja, o tratamento implica dois tipos de confronto distintos: (a) confronto racional, que visa a análise da plausibilidade das significações depressogéneas e a sua substituição por racionalizações adaptativas; e (b) confronto empírico, que envolve a testagem experimental das cognições depressogéneas em situação "autêntica" ou de envolvimento na realidade concreta.

Tanto numa situação, como na outra, o terapeuta constitui a autoridade epistemológica última. Compete ao terapeuta avaliar a adequação ou a inadequação das cognições do cliente, assim como verificar os resultados das suas experiências empíricas. O referente principal, à luz do qual as significações do cliente são avaliadas, é constituído pelas significações ou "racionalidade" do terapeuta.

Nos modelos que serão seguidamente apresentados, o estatuto epistémico do cliente é mais respeitado e um elemento poderoso na dialéctica que estabelece com o terapeuta.

5. MODELOS DESENVOLVIMENTISTAS DA DEPRESSÃO

O modelos apresentados por Guidano (1987; Guidano e Liotti, 1983) e Kegan (1982; Kegan *et al.*, 1981; Kegan *et al.*, 1985) inserem-se num paradigma desenvolvimentista. As asserções dos terapeutas desenvolvimentistas são radicalmente diferentes das dos comportamentais-cognitivos e cognitivos. Recorrendo à Psicologia do Desenvolvimento, estas novas conceptualizações procuram enquadrar as manifestações psicopatológicas nos processos

evolutivos comuns a todas as pessoas. Rejeitam, assim, os processos contingenciais e ideossincráticos preponderantes nos paradigmas apresentados anteriormente.

5.1. Teoria da Vinculação de Bowlby e a Terapia cognitiva de Vittorio Guidano

Guidano (1987; Guidano e Liotti, 1983) procura explicar os comportamentos normais ou adaptados e os comportamentos desviantes ou patológicos, através do conceito de *Organização Cognitiva Pessoal*. Este termo refere-se à estrutura geral das funções cognitivas, que emerge dos processos de vinculação (Bowlby, 1980a) e, progressivamente, durante o desenvolvimento, forma e organiza o sentido do *self* ou à identidade pessoal.

Identificou quatro tipos de Organização Cognitiva (OC), subjacentes a outros tantos quadros sintomáticos: (a) OC agorafóbica; (b) OC depressiva; (c) OC obsessiva-compulsiva; e (d) OC de desordens de consumo. Para Guidano, cada tipo de OC corresponde a uma trajectória de desenvolvimento diferente. Na presente reflexão, interessa, naturalmente, analisar apenas o segundo.

5.1.1. A Organização Cognitiva Depressiva

À semelhança de outros autores (Beck, 1976; Bowlby, 1980; Freud, 1917), Guidano considera que o que caracteriza, fundamentalmente, a pessoa depressiva é sua centração nas significações de perda e desapontamento, por meio das quais interpreta os acontecimentos do dia-a-dia.

A significação de perda constitui-se no início do desenvolvimento a partir do relacionamento da criança com os pais. Guidano parte, assim, da teorização de John Bowlby (1980). Para este autor, os padrões de resposta mais importantes são os que orientam a formação e o desenvolvimento de objectos de vinculação. De acordo com esta concepção, perturbações nesta relação afectiva inicial, incluindo a sua ruptura precoce ou a sua persistência no desenvolvimento posterior, podem explicar a etiologia de muitas manifestações psicopatológicas, como, por exemplo, os processos depressivos.

Os axiomas da teoria da vinculação podem ser sumariados da seguinte forma:

(a) o comportamento de vinculação é instintivo (i.e., dirigido para um objectivo).

Existe no organismo uma predisposição inata para a criança se manter próxima de e

comunicar com as figuras de vinculação. Esta predisposição, tem valor de sobrevivência para o organismo e, virtualmente, persiste no indivíduo adulto.

(b) quando a pessoa é confrontada com situações que põem em causa a sua sobrevivência (e.g., solidão), uma sequência de comportamentos orientados para a manutenção da proximidade e da função protectora de outrém é activada.

(c) as ligações continuadas e estáveis podem ser experienciadas como condições de segurança; mas sob ameaça, podem originar reacções de cólera ou ansiedade. A quebra de uma ligação pode estar na origem de uma depressão.

Como sugerido, são as dificuldades da criança na ligação afectiva com as figuras parentais que determinam, posteriormente, a sua vulnerabilidade às perturbações patológicas. Para Bowlby (1977)

"... existe uma relação causal forte entre as experiências de uma pessoa com os seus pais e, mais tarde, a sua capacidade para estabelecer relações afectivas, [...] algumas variações habituais dessa capacidade, que se manifestam nas perturbações ao nível conjugal e nos problemas com os filhos, assim como através de sintomas neuróticos e desordens da personalidade, podem ser atribuídas a certas variações comuns na forma como os pais desempenham o seu papel (pp. 206)".

Estas ligações afectivas desajustadas podem apresentar-se sob várias formas:

(a) os pais não respondem, com coerência, às eliciações da criança, ou fazem-no de modo depreciativo ou rejeitante;

(b) ausências mais ou menos frequentes dos pais, podendo incluir períodos de hospitalização;

3. Ameaças constantes por parte dos pais de desinvestimento emocional, como forma de controlar o comportamento da criança;

4. Ameaças por parte de um dos progenitores de abandonar a família, como forma de disciplinar a criança ou pressionar o conjuge;

5. Ameaças por parte de um dos pais de abandonar o outro, de o matar ou de cometer

suicídio;

6. Indução na criança de sentimentos de culpa relacionados com doença ou morte de um dos pais (Bowlby, 1977).

Todos estes padrões de vinculação são distorcidos e podem originar conflitos emocionais significativos, afectando a organização e o desenvolvimento de esquemas cognitivos (crenças) relacionados com as figuras de vinculação. Estes esquemas têm uma grande influência no desenvolvimento de relações afectivas, determinando a forma como são interpretadas e moldando as reacções emocionais a laços vinculativos perturbados.

Para Bowlby, a depressão resulta de conflitos não resolvidos acerca da perda de laços afectivos, tanto nas crianças como nos adultos. O desenvolvimento de padrões de vinculação disfuncionais, centrados na perda do afecto das figuras parentais, leva a que a pessoa considere difícil ou impossível obter e/ou manter ligações afectivas privilegiadas com outrem. A capacidade para se ajustar a situações de perda depende, também, de processos de aprendizagem inicial. Três processos podem levar a pessoa a reagir de modo depressivo, quando confrontada com a perda de uma relação afectiva muito valorada:

(a) a pessoa pode não ter vivido uma relação estável e segura com os seus pais, apesar dos esforços repetidos para o conseguir. Enquanto criança, pode ter feito tudo o que estava ao seu alcance para satisfazer os pedidos, as exigências ou as expectativas irrealistas dos pais. Estas experiências da infância podem levar ao desenvolvimento de um esquema de interpretação inadequado, que será activado quando se confrontar com outra situação de perda afectiva. Essa nova situação é considerada uma confirmação da sua incapacidade para estabelecer ou manter relações estáveis.

2. a pessoa pode ter sido repetidamente desvalorizada pelos pais, por meio de afirmações sobre a sua incompetência, ou da percepção da sua inadequação ou incapacidade para ser amada. Assim, constrói um modelo muito negativo de si própria. Paralelamente, as figuras de vinculação são percebidas em termos de indisponibilidade, punição ou rejeição. Quando for, de novo, confrontada com uma situação adversa, a pessoa tenderá a considerar o interlocutor como hostil e rejeitante, e não como alguém que a possa ajudar;

3. A probabilidade de que a pessoa tenha perdido um dos seus pais durante a infância é relativamente alta. Esta situação, por mais desagradável que seja, não pode ser alterada pela criança. As experiências deste tipo confirmam a crença de que qualquer tentativa para remediar a sua situação está sempre votada ao fracasso (Bowlby, 1980).

Guidano retoma as formulações de Bowlby e integra-as no seu modelo. Para este autor, a psicopatologia da pessoa só poderá ser compreendida pelo conhecimento da trajectória e das limitações do seu desenvolvimento emocional e cognitivo. Este processa-se por níveis que

- "... podem ser considerados como séries progressivas de transformações qualitativas, que começam com a estruturação de padrões elementares de auto-reconhecimento e terminam com a emergência de uma identidade pessoal estruturada (Guidano, 1985; pp. 38)".

Nesta perspectiva, cada nível de estruturação da identidade pessoal depende da estruturação do nível antecedente e determina, por seu turno, a direcção possível do processo de desenvolvimento. As diferenças apresentadas por dois níveis consecutivos residem, não apenas nos seus conteúdos, mas, fundamentalmente, nos aspectos formais ou estruturais. Em cada nível, ocorre uma reorganização estrutural global do sentido de identidade e do auto-conhecimento. Os principais níveis de desenvolvimento deste auto-conhecimento (Guidano, 1984; 1987; Guidano e Liotti, 1983) coincidem, largamente, com os estádios de desenvolvimento cognitivo conceptualizados por Piaget (c.f. Piaget *et al.*, 1966 [1975]): A sua descrição sai do âmbito da presente reflexão.

Na base do desenvolvimento do auto-conhecimento encontram-se as noções de esquema emocional e de significação pessoal.

Para se constituírem como experiências emocionais subjectivas, os afectos mais elementares têm de estabelecer ligações estruturais com as percepções e as acções, formando, assim, um esquema emocional. Esses esquemas são

- "... configurações estruturais na representação da memória que funcionam como um padrão com o qual são comparadas as sensações que advém do mundo exterior de forma a terem um significado (Guidano, 1987, pp. 26)".

Os esquemas enquadram, pois, esses afectos e, ao longo do desenvolvimento atribuem-lhes significações emocionais, pessoais e específicos. Permitem, assim, estruturar as experiências, tornando-as mais inteligíveis, e integrando-as na auto-imagem. É esta integração progressiva que dá um sentido de continuidade e identidade à existência. A significação de um dado acontecimento torna-se, assim, altamente personalizada e contextual, na medida em que resulta da acomodação dessa experiência num sistema estruturado emocionalmente das experiências anteriores.

Os três processos de aprendizagem referidos (Bowlby, 1980), são responsáveis pelas experiências de perda da criança, e, em consequência, pelos seus sentimentos de tristeza e desânimo. Os laços de vinculação são, neste caso, caracterizados por um isolamento relativo e uma falta de contacto afectivo com o meio familiar. Deste modo, a criança desenvolve uma auto-imagem perturbada. Considera-se como não tendo valor, impotente, condenada ao fracasso. Não merece a afeição dos outros. Pode, apenas, contar consigo própria. Para escapar a esta condição de isolamento, carência afectiva e auto-depreciação a criança refugia-se numa auto-confiança compulsiva (*compulsive self-reliance*; Bowlby, 1977).

Esta inversão dos atributos depreciativos do *self* para o extremo oposto vai prolongar-se na vida adulta e, pela sua natureza excessiva, influenciar significativamente a percepção da realidade. A pessoa torna-se muito sensível às situações de rejeição. Tende a apoiar-se, apenas, nas suas capacidades para as superar; rejeitando, pelo seu lado, as situações onde poderá receber ajuda. Naturalmente, não tem consciência desta atitude contraditória. Mesmo os acontecimentos positivos (e.g., interesse ou afecto de outrém) são sistematicamente desvalorizados, para não perturbarem a auto-imagem negativa.

Este equilíbrio instável, entre a condenação ao isolamento ou à solidão e as tentativas contraproducentes para se lhe escapar, torna-se cada vez mais precário, à medida que a pessoa vai constatando os fracassos e as perdas. Acabam, assim, por ser reunidas as condições de emergência e agravamento de um processo depressivo.

A auto-identidade é valorizada se a pessoa tem sucesso, mas desvalorizada se fracassa. Oscilações ao nível da auto-estima acompanham este movimento. Quando os esquemas

emocionais relacionados com o isolamento e a solidão são activados, por meio da vivência de uma situação de perda, advém igualmente os vários atributos negativos da auto-imagem. Inversamente, os positivos (e.g., capacidades para lutar contra o seu destino) tornam-se inúteis. A realidade é vista como hostil. As suas representações permitem, apenas, a assimilação das experiências negativas, que confirmam a auto-imagem depreciativa.

Do ponto de vista clínico, Guidano (1987; Guidano *et al.*, 1983) considera que o que melhor caracteriza esta patologia é a inércia, ou seja, a redução da actividade do deprimido. No entanto, encara esta diminuição, não tanto como o resultado da incapacidade de obtenção de reforço (e.g., Lewinsohn, 1974), mas como uma decisão (activa) da pessoa, tendo em vista uma *economia de esforços*. A pessoa *opta* por *não* desenvolver actividades, que consumam muita energia. Assinale-se que, para Beck (1987), esta inércia apresenta vantagens ao nível da sobrevivência do sujeito ("para quê gastar *agora* a minha energia a tentar confrontar uma situação incontrolável, se essa energia pode-me vir a fazer falta mais tarde?").

Para Guidano (1987), o terapeuta deve colocar-se duas questões fundamentais:

(a) Qual o estágio de desenvolvimento atingido pela Organização Cognitiva Pessoal (OCP) do cliente?

(b) De que forma é que essa OCP determina as experiências por ele vividas?

Estas questões permitem compreender as representações que o cliente construiu acerca de si e do mundo. A realidade experiencial não reside no mundo exterior mas nas significações que a pessoa cria laboriosamente ao longo do seu desenvolvimento. Não interessa tanto, como acontece nos modelos mais racionalistas (e.g., Beck, 1979), apresentar alternativas mais racionais para o cliente poder reinterpretar essa realidade. A ênfase é colocada na promoção de uma compreensão autónoma das significações pessoais para o *self* e o mundo. No caso da depressão, é importante que o cliente procure modificar os pressupostos mais tácitos (i.e., profundos e rígidos) acerca dos seus atributos negativos da sua auto-imagem. Esta mudança pode ser extremamente dolorosa, em termos emocionais. Deste modo, só pode ter lugar se e quando o cliente o decidir. As estratégias mais directivas, provenientes de vários modelos comportamentais ou cognitivos, são utilizadas para desconfirmar as crenças e expectativas mais superficiais, permitindo, assim, a emergência dos

núcleos significativos mais profundos e determinantes.

É grande a relevância deste modelo para a compreensão da depressão no período pós-parto. Por um lado, permite explicar a grande incidência de mães deprimidas, que perderam na infância um dos seus progenitores, sobretudo a mãe. Estas mulheres tiveram processos de vinculação perturbados, desenvolvendo esquemas emocionais que, mais tarde, são activados quando elas próprias assumem o papel de mãe. Este papel envolve, naturalmente, uma nova relação afectiva que, por sua vez, pode ser vivida com carências, insuficiências ou rupturas de afecto, semelhantes às da infância da mãe recente.

5.2. Modelo Neo-Piagetiano de Robert Kegan

O modelo explicativo da depressão, proposto por Kegan (1982; Keagan *et al.*, 1982), está inserido numa teoria de desenvolvimento psicológico mais abrangente. Partindo de uma concepção neo-piagetiana, o autor considera que a cognição e o afecto são indissociáveis na actividade de construção de significações sobre o próprio ou sobre o mundo. Este processo está subordinado a um mecanismo auto-regulador e permite a aquisição de significações progressivamente mais adaptadas.

Nesta perspectiva, as emoções estão relacionadas com as experiências vividas pela pessoa ao longo do desenvolvimento e constituem tanto uma estrutura de equilibração como um processo. Assim, os níveis que estruturam o desenvolvimento cognitivo são os mesmos que estruturam o desenvolvimento emocional.

Para Keagan, é importante a distinção entre *sujeito* e *objecto*. Por *sujeito* entende-se o princípio organizador que regula a experiência (e.g., *ser* uma relação). Enquanto que os conteúdos dessa experiência (e.g., sentimentos, pensamentos e relações) são conscientes e constituem o *objecto* (e.g., *ter* uma relação). É a relação entre sujeito e objecto que se encontra subjacente aos processos de desenvolvimento, cognitivos e emocionais.

Os níveis conceptualizados por Kegan, à semelhança dos estádios piagetianos, inserem-se numa sequência de diferenciações e integrações. O sujeito de um dado estágio constitui o objecto do estágio seguinte. Deste modo o desenvolvimento da relação sujeito-objecto estrutura-se através de seis níveis (Kegan, 1982; Kegan *et al.*, 1982):

- **NÍVEL 0.** (0-2 anos; Estádio Incorporativo) Este nível caracteriza-se por uma ausência de diferenciação entre o sujeito e o objecto, e entre o próprio e o outro. A criança "é" ou equivale às suas sensações e reflexos. As suas experiências são extensões de si própria. Não há diferença entre as fontes externas de prazer ou desconforto e as internas.

- **NÍVEL 1.** (2-5 anos; Estádio Impulsivo) Neste nível, a criança já consegue agir sobre os reflexos, coordenando-os e organizando-os. Os reflexos já não constituem o *sujeito* mas sim o *objecto*. A criança já não "é" os seus reflexos, mas "*tem*" esses reflexos. Este novo sistema; organizador da experiência reflexa, está imbuído de percepções e impulsos. A criança "é" as suas percepções e impulsos. O objecto muda em função da mudança perceptiva. A incapacidade para "*ter*" os impulsos (e.g., transformá-los em objectos) implica a impossibilidade da sua coordenação. No plano afectivo, a criança não consegue experienciar qualquer ambivalência.

- **NÍVEL 2.** (6-11 anos; Estádio Imperial) Com o advento e a consolidação da permanência do objecto, físico e social, a criança ganha uma relativa independência e autonomia, tanto ao nível intrapsíquico como interpessoal, através da sua diferenciação dos outros, mas também dos outros entre si. A criança já não considera que os pais podem conhecer o seu pensamento. Dispõe, agora, de um mundo privado só seu. As suas percepções e os seus impulsos constituem objectos, que podem ser controlados e coordenados. A criança, neste nível, "é" as suas necessidades, interesses e desejos. Em termos afectivos assiste-se à emergência de uma "disposição duradoura", por oposição à labilidade emocional característica do nível anterior. Já é possível a ambivalência emocional entre o que o outro necessita, e o que o próprio deseja.

- **NÍVEL 3.** (período da adolescência; Estádio Interpessoal) Tendo a possibilidade de coordenar as necessidades, os interesses ou os desejos que, neste nível, se convertem em objectos; o adolescente passa a centrar-se nas relações interpessoais. O *sujeito* deste nível é constituído por uma realidade compartilhada, por meio da coordenação de perspectivas. As

emoções estão dependentes do contexto interpessoal. O medo de provocar uma ruptura numa relação leva a que o sentimento de raiva, por exemplo, não seja expresso. É mais provável que o adolescente se sinta triste. Realce-se a semelhança entre as significações deste nível e a "personalidade" sociotrópica de Beck (1981).

- **NÍVEL 4.** (Estádio Institucional) A pessoa é, agora, capaz de reflectir sobre as relações interpessoais e as emoções consequentes, e de as organizar. Já não "é" as relações interpessoais mas "tem" essas relações. Atinge, assim, um sentido de identidade, equacionada em termos de autonomia, autoridade e auto-suficiência. As preocupações encontram-se dominadas pela responsabilidade, dever e respeito de padrões convencionais. A pessoa identifica-se com uma instituição (e.g., uma religião, um partido, um conceito). É capaz de considerar, simultaneamente, as reacções emocionais e as suas causas. O conflito emocional, apesar de reconhecido, não é tolerado. As atitudes defensivas estão, neste nível, relacionadas com as ameaças à experiência de autonomia. As significações estão próximas das da "personalidade" autónoma de Beck (1981).

- **NÍVEL 5.** (Estádio Interindividual) A pessoa já não se identifica com uma instituição, mas serve-se dela. Não se identifica com um conceito, subscree-o. Ao relativizar a realidade, é capaz de compreender que a mesma situação pode ser vista de maneira diferente, podendo coordenar as diversas significações. Aumenta a capacidade para recolher informação, que promova mudanças no comportamento. O conflito emocional torna-se simultaneamente reconhecido e tolerado. Reconhece a existência de várias identidades institucionais (inter-individuais). Encontra-se mais atenta ao seu diálogo interior. A característica essencial deste nível consiste na possibilidade de intimidade, consigo e com os outros.

O conflito existente entre o abandono de uma identidade "anterior" e o acesso a outra mais diferenciada pode provocar emoções intensas. Os processos depressivos (Kegan, 1982; Kegan *et al.*, 1982) acompanham a sequência de descontinuidades do desenvolvimento, acima

descritas, acentuando-se nos períodos de transição entre níveis.

" Quando a actividade de equilibração é vista como o fenómeno básico da personalidade, e a depressão considerada como a experiência de ameaça a uma verdade, que evolui, então a depressão deve necessariamente dizer respeito a uma ameaça ao sujeito e ao objecto e (visto que é a sua relação que constitui a significação), também uma ameaça à significação (Kegan, 1982; pp: 269)".

Kegan (1982; Kegan *et al.*, 1982) descreve três tipos de depressão, relacionados com diferentes níveis de desenvolvimento. As preocupações evidenciadas em cada forma de depressão são concebidas como um desequilíbrio inter-sistémico, ou como ameaças a um sistema que procura defender-se.

Depressão de auto-sacrifício

Esta depressão parece ser característica do nível 2 ou da sua transição para o 3. A disforia e o desânimo são relatados em termos da incapacidade para obter satisfação das necessidades ou desejos, ou dos custos que essa obtenção acarreta. O depressivo vê os outros como agentes limitadores das suas liberdades, impedindo-o de agir como bem entende. Por outro lado, sente-se inevitavelmente irresponsável e vítima das suas próprias emoções, que são imprevisíveis. Desistir da satisfação das suas necessidades é o mesmo que desistir da sua identidade. Quando procura manter a coerência do seu sistema de significações através da satisfação dessas necessidades pode sentir-se culpado. No entanto, este sentimento de culpa está ligado à ansiedade antecipatória de que os outros podem retorquir, punindo-o ou limitando ainda mais as suas acções. Refere-se a si próprio e aos outros em termos concretos, ligados à acção, aos hábitos e aos comportamentos sociais relacionados com situações de poder e influência.

Depressão dependente

Este tipo de depressão apresenta características do nível 3 ou da transição para o 4. A disforia e o descontentamento reflectem-se nas ligações que a pessoa estabelece com os

outros, ou que quer mas não consegue estabelecer. As sensações de abandono, traição ou desvalorização aos olhos dos outros são predominantes. A dependência é uma fraqueza que deve ser combatida a todo o custo. É penoso não corresponder às expectativas dos outros, pois estes podem retirar-se da relação, sendo insuportável ficar-se só. A tentativa de manutenção da relação pode levar o deprimido a não expressar cólera, pois esta pode levar à sua interrupção. Os sentimentos de culpa surgem relacionados com o receio de prejudicar os outros. São encarados como confirmações de fracasso.

Depressão auto-avaliativa

Esta depressão apresenta características do nível 4 ou da transição para o 5. A disforia e o descontentamento prendem-se com a incapacidade da pessoa para atingir os objectivos que se propôs. Pode mesmo convencer-se que teve de abdicar do que era importante para si própria. São frequentes as idéias relacionadas com um isolamento auto-imposto. As emoções são experienciadas como algo de perverso, que ameaça o controlo e a vontade pessoais. Os sentimentos de culpa surgem sob forma de auto-avaliações negativas, relativas à humilhação por não ter conseguido respeitar os objectivos existenciais. Os outros são considerados em termos da sua utilidade para a autonomia da pessoa ou, ao contrário, da ameaça que constituem para ela. Há ambivalência entre o desejo de uma maior intimidade com outrem e de autonomia e isolamento.

As propostas terapêuticas apresentadas por Kegan (1982) prendem-se, tal como foi referido para o modelo de Vittorio Guidano, sobretudo com a atitude do terapeuta relativamente à autonomia conceitual (e.g., epistémica) que é conferida ao depressivo; mais do que com estratégias específicas de intervenção.

A *Terapia Natural*, apresentada por Kegan no seu livro de 1982, constitui um manual de atitudes que o terapeuta poderá assumir, e não de procedimentos clínicos, como acontece na generalidade dos outros modelos apresentados. Para o autor, um processo terapêutico não deve ser distinto de um processo de desenvolvimento, senão pelo contexto limitado em que ocorre. O terapeuta, à semelhança dos sistemas que orientam o desenvolvimento do indivíduo (e.g., relações parentais e familiares) terá, como principal função, criar um contexto onde a

pessoa possa reviver o seu processo de desenvolvimento natural. A relação terapêutica não se estabelece entre duas entidades distintas e distanciadas, mas entre dois colaboradores que evoluem em consonância. O cliente não é visto como uma pessoa 'doente', 'perturbada', ou como uma pessoa no estágio 3 ou 4, mas sim como uma pessoa em desenvolvimento. Não *apresenta* um determinado sistema de significações, mas constrói em permanência novas significações. O objectivo da terapia é, fundamentalmente, proteger essa actividade criativa, permitindo que continue a decorrer dentro das normas de crescimento e desenvolvimento natural. Esta acção clínica de facilitação não impede o terapeuta de confrontar, questionar ou fazer juízos sobre as significações apresentadas pelo cliente. Estes aspectos são necessários para promover mudanças conceituais. Contudo, são as significações que são confrontadas, e não a actividade criadora dessas significações. Mais do que resolver os problemas apresentados pela pessoa, o terapeuta deve procurar partilhar a experiência do cliente e juntar-se ao seu processo criativo. Uma relação de intimidade tão intensa como a que é vivida na relação terapêutica possibilita a criação, pelo cliente, de significações mais adaptadas (e.g., mais elaboradas, integrativas, globalizantes).

Nos modelos de Guidano e Kegan, a psicopatologia e o comportamento adaptado são conceptualizados em termos de estruturas e processos do desenvolvimento psicológico. Este ocorre de forma ordenada, progressiva e integradora, no sentido de uma maior complexidade, flexibilidade e globalidade. Na medida em que as significações da pessoa constituem a sua teoria da realidade, significações adaptativas e desadaptativas, ou sintomáticas, são adquiridas através dos mesmos processos de desenvolvimento. Tanto o desenvolvimento das significações adaptativas como o das patológicas evolui para uma cada vez maior complexidade. A expressão da psicopatologia da pessoa depende essencialmente do seu nível de desenvolvimento psicológico e, consequentemente, das significações que é capaz de construir. Pode-se conhecer o comportamento normal estudando o comportamento patológico; e conhecer este estudando aquele (Cicchetti, 1984).

A relação terapêutica é, dentro desta perspectiva, uma partilha activa e não uma submissão do sistema de significações do cliente ao do terapeuta.

6. Importância dos sistemas individuais de significação na psicopatologia da depressão

Ao longo deste capítulo têm surgido, frequentemente, os termos *significado* e *significação*. As significações constituem actividades cognitivas dirigidas para um fim, o de interpretar ou explicar a realidade (Joyce-Moniz, 1992). Os significados, refletem a valência da significação para a pessoa. Os vários modelos da depressão valorizam de forma diferente o papel das significações individuais na etiologia do processo depressivo. No entanto, de um ponto de vista meramente descritivo, todos os modelos referem praticamente os mesmos sistemas subjectivos. A este respeito, partilham, em maior ou menor grau, os critérios de diagnóstico apresentados pelo DSM-III-R (APA, 1987). Estão nesta situação, por exemplo, o negativismo, a reacção à perda, ou os sentimentos de desvalorização e culpa. Apesar de haver uma grande coincidência entre os referentes sintomáticos da psicopatologia tradicional e as significações privilegiadas por outros modelos psicopatológicos, esta coincidência é apenas temática (Joyce-Moniz, 1992). Na psicopatologia tradicional, as significações sintomáticas são consideradas como estruturalmente diferentes das significações adaptativas, tanto ao nível dos processos de aquisição como no dos conteúdos (Joyce-Moniz, 1992). Além disso, são estáticas, servindo essencialmente para caracterizar a perturbação que o indivíduo apresenta.

Nos modelos de orientação dinâmica, as significações do cliente são interpretadas de modo radicalmente diferente da dos modelos cognitivos ou comportamentais-cognitivos. A experiência consciente do indivíduo funciona como um écran, atrás do qual se escondem as significações inconscientes. A depressão tem como significação predominante a perda do objecto amado, e a consequente repressão de um sentimento de cólera contra o próprio. A pessoa não se apercebe desta cólera, que, por ser inaceitável, é mantida fora da consciência. As significações da pessoa podem ter expressões diferentes, ao longo do desenvolvimento, mas são sempre determinadas pelo mesmo conflito intrapsíquico, e pelos mesmos mecanismos repressivos. A um nível de análise superficial, a significação genérica de *perda* constitui, sem dúvida, a que reúne maior consenso nas diferentes teorizações da psicopatologia da depressão. Mas um exame mais atento permite verificar que este conceito tem, de facto, significações diferentes. Por exemplo, nos modelos comportamentais-cognitivos a perda refere-se ao reforço (hetero-ou auto-administrado). O que se perde são reforços. Todas as outras *perdas*

são consideradas secundárias e dependentes desta noção. Resta saber se a pessoa está consciente desta perda de reforços, isto é, se se trata de uma significação subjectiva do paciente; e não, apenas, de uma interpretação do terapeuta. Ora o comportamento da pessoa é determinado pelas contingências de reforços, impostas pelo meio, mas ela não se apercebe necessariamente *que já não beneficia daquilo de que usufruia anteriormente*. A perda é experienciada a um nível instrumental, emocionalmente reactivo e pré-reflexivo.

"mesmo que a nossa linguagem e os nossos processos habituais de pensamento realcem as distorções que ocorrem nas percepções de uma pessoa e a sua forma de encarar os acontecimentos, uma análise comportamental requer que falemos sobre o modo como o meio elicit e controla a actividade desse indivíduo, mais do que da forma como se apercebe do seu mundo... (Ferster, 1974, pp. 38)".

No entanto, para Seligman, e, em certa medida, para Rehm, o conceito de controlo percebido, ganha uma grande relevância para o desenvolvimento e manutenção da depressão. Por outras palavras, a pessoa já é capaz de expressar ao terapeuta uma significação subjectiva de falta ou *perda* de auto-controlo ou de controlo sobre os acontecimentos exteriores. Auto-atribuições de controlabilidade, ou da sua ausência, constituem, de facto, significações subjectivas ou ideossincráticas.

As significações individuais ganham particular importância nos paradigmas cognitivos. Para Beck, como foi visto, é a significação subjectiva de um acontecimento que determina a reacção emocional da pessoa a esse mesmo acontecimento. As significações desadaptativas constituem distorções da realidade e são adquiridas da mesma forma do que as significações adaptativas. Dependem do esquema cognitivo-emocional que é activado. No caso da depressão, o esquema hipervalente está relacionado com significações de perda e desvalorização, ideossincráticas e muito dependentes do meio.

Dentro dos paradigmas desenvolvimentistas da depressão, as significações individuais desempenham um papel central. O que caracteriza fundamentalmente a pessoa depressiva é a sua centração nas percepções de perda e nos sentimentos de desapontamento. Para Guidano, esta centração depende dos processos de vinculação e dos modelos da realidade que a pessoa

constrói ao longo do desenvolvimento. Para Kegan, tem a ver com a forma como cada indivíduo organiza as experiências de relacionamento interpessoal. De um modo geral, essa centração depende do nível de desenvolvimento cognitivo e emocional que a pessoa atingiu. Assim, na depressão, as significações individuais variam de acordo com o nível onde se inserem. Contudo, os processos de aquisição e manutenção, ao longo do desenvolvimento, tanto das significações adaptativas como das inadaptativas são os mesmos.

Em geral, os poucos estudos que procuram enquadrar a depressão pós-natal nos modelos mais gerais de depressão apresentam resultados muito contraditórios. No entanto, esses estudos contemplaram, apenas, alguns aspectos dos respectivos modelos. Considerando este tipo de depressão como uma entidade distinta da depressão genérica, poder-se-ia dizer que estes modelos não são, em geral, adequados para explicar as reacções depressivas. Contudo, trata-se dos modelos da depressão que podem ser considerados como os mais abrangentes e flexíveis. O reduzido número de estudos não permite, por enquanto, avançar com conclusões suficientemente fundamentadas sobre a relevância destes modelos para este tipo de depressão. No entanto, a comparação entre as significações sintomáticas da depressão genérica e da depressão puerperal revela uma coincidência substancial.

6.1. Significações sintomáticas da depressão genérica

Os vários modelos comportamentais-cognitivos e cognitivos partilham algumas significações sintomáticas da depressão, mas diferenciam-se noutras. O nível de abstracção adoptado para descrever essas significações, ou sistemas de significações, também varia em função do respectivo modelo. Pode definir-se *sistema de significações* como uma categorização arbitrária de um conjunto de interpretações subjectivas da realidade. Como é óbvio, o critério de classificação adoptado pelo autor, reflecte um determinado grau de aproximação à realidade concreta. Assim, os sistemas de significação formalizados nos modelos comportamentais são mais *superficiais*, pois pretendem descrever o comportamento factual e manifesto. Como se sabe, este paradigma comportamental baseia-se na dialéctica entre estímulos materiais do meio e respostas instrumentais ou fisiológicas do organismo. No paradigma cognitivo, os autores afastam-se mais da realidade concreta ou observável,

procurando um maior grau de abstracção. Para a maioria dos cognitivistas (e.g., Beck, 1976; Beck *et al.*, 1979; Ellis, 1977), interessam as significações conscientes (e.g., pensamentos e imagens), presentes no fluxo do pensamento. Por meio da actividade metacognitiva (i.e., pensar sobre o pensamento), e com alguma orientação por parte do psicoterapeuta, o paciente pode aceder a essas significações, relacionando-as com as suas emoções e comportamentos. Para alguns autores desenvolvimentistas (e.g., Guidano, 1987; Mahoney, 1991), as significações mais abstractas reflectem as primeiras representações da criança, e correspondem, no adulto, aos níveis mais tácitos, ou profundos, de significação. Para outros (e.g., Kegan, 1982; Joyce-Moniz, 1992), os níveis de desenvolvimento iniciais, ou *inferiores*, contêm as significações mais concretas, aumentando o grau de complexidade e, assim, de abstracção, à medida que se progride para os níveis mais tardios, ou *superiores*. Apesar destas diferenças entre os modelos, os seus autores servem-se de uma terminologia corrente em psicopatologia para descreverem a maioria das significações sintomáticas (i.e., sob a forma de sentimentos, atribuições, convicções, impressões, etc.). Os sistemas, listados a seguir, reflectem essa terminologia comum, tendo o mesmo grau de abstracção da Psicopatologia do modelo médico.

DSM-III-R (APA, 1987)

- (a) desvalorização pessoal;
- (b) desinteresse ou perda de satisfação;
- (c) culpa;
- (d) ideação parassuicida;
- (e) irritação, hostilidade.

Paradigma cognitivo-comportamental

1. Modelo do Reforço Social de Lewinshon (1986)

- (a) desvalorização, ou inadequação social;
- (b) solidão, sensação de isolamento ou de ausência/redução de interacção com o meio social;

- (c) culpa;
- (d) convicção de ser alvo de abusos e exigências desproporcionadas;
- (e) desinteresse sexual.

2. Modelo de Auto-controlo de Rehm (1985)

- (a) desvalorização, ou baixa auto-estima;
- (b) negativismo, desesperança, antecipações e constatações pessimistas;
- (c) abandono, isolamento e desamparo;
- (d) auto-complacência, exigência de gratificação imediata.

3. Modelo da Desesperança Aprendida de Seligman (Abramson *et al.*, 1978)

- (a) auto-atribuições internas, estáveis e globais de desvalorização (e.g., de insucesso, fracasso, pessimismo, incompetência, inadequação);
- (b) desesperança;

Paradigma cognitivo de Beck (Beck *et al.*, 1979)

- (a) atribuições de desvalorização (e.g., baixa auto-estima, elevada auto-crítica, auto-rejeição, perda de atracção);
- (b) visão pessimista do presente e do futuro, do *self* e de outrém;
- (c) desinteresse pelo relacionamento sócio-afectivo, mas com sentimentos de dependência;
- (d) sensação de perda irreversível;
- (e) culpa e vergonha;
- (f) irritação e justificação da irritação, ou hostilidade, contra outrém;
- (g) expressão de desistência e vontade de retraimento, isolamento;
- (h) racionalizações parassuicidas.

Paradigma desenvolvimentista

1. Modelo Cognitivo Estruturalista de Guidano (1987)

- (a) desvalorização (e.g., visão negativa do *self*, auto-conceito negativo, sentimento de inadequação),
- (b) visão negativa do presente e do futuro,
- (c) solidão e isolamento (e.g., convicção de ser rejeitado);
- (d) desinteresse e desmotivação (e.g., retraimento social, realização de tarefas instrumentais);
- (e) desesperança.

2. Modelo Neo-Piagetiano de Keagan (1982).

- (a) desvalorização (e.g., sentimento de incompetência, atribuição de controlo externo);
- (b) solidão (e.g., sentimento de rejeição e/ou abandono);
- (c) desânimo e descontentamento;
- (d) culpa.

De comum, todos estes paradigmas apresentam, como sistemas de significações relevantes para a depressão:

- (a) desvalorização;
- (b) desinteresse ou perda de satisfação;
- (c) culpa.

Alguns dos modelos partilham, ainda, os seguintes sistemas sintomáticos:

- (d) solidão;
- (e) negativismo, desesperança e pessimismo.
- (f) ideação suicidária;
- (g) dependência;
- (h) irritabilidade/hostilidade; e
- (i) convicção de ser alvo de abusos e exigências desproporcionadas.

6.2. Significações sintomáticas da depressão puerperal

Poucos estudos sobre a depressão puerperal têm considerado as significações individuais das mulheres. Como mencionado, procurou-se mais descrever os sintomas ditos objectivos (i.e., motores/atitudinais e de expressão emocional) e as suas condições de ocorrência, e menos os processos ou actividades cognitivas, nomeadamente essas significações. Esta incidência numa descrição ou classificação nosológica pouco sofisticada não é, contudo, de estranhar. A controvérsia relativa ao estatuto psicopatológico deste tipo de depressão, já referida nos capítulos anteriores, tem virtualmente impedido uma exploração mais fenomenológica da sintomatologia subjectiva.

Se a depressão puerperal é encarada como constituindo uma categoria nosológica distinta da depressão genérica, (c.f., Dalton, 1980; Kendell, 1985; Pitt, 1968; Tentoni *et al.*, 1980; Welner, 1982), as eventuais referências às significações individuais da mulher deprimida perdem-se, ou passam despercebidas, nas descrições exaustivas dos sintomas *objectivos*.

Se a depressão puerperal não merece um estatuto próprio, sendo assim considerada como uma variedade da depressão genérica, a importância dada às significações sintomáticas no desenvolvimento e na manutenção das reacções depressivas, depende, necessariamente, do respectivo modelo. Por exemplo, nos modelos bioquímicos da depressão (c.f., Ballinger *et al.*, 1979; Dalton, 1971; Hamilton, 1962; Paffenbarger *et al.*, 1961) consideram-se, apenas, os aspectos fisiológicos que antecedem e acompanham as reacções depressivas. A forma como cada uma das mulheres deprimidas organiza o mundo que a rodeia não é considerada nem na descrição nosológica, nem nas metodologias de intervenção.

Por outro lado, outros autores, bastante menos representativos da literatura neste domínio (c.f., Atkinson *et al.*, 1984; Charles *et al.*, 1978; Cutrona, 1983; Hayworth *et al.*, 1980; O'Hara *et al.*, 1980, 1982, 1984), procuram integrar esta perturbação em modelos de cariz psicológico, comportamentais e cognitivos. A importância dada às significações individuais é variável. Assim, quanto mais pronunciada é a orientação cognitivista do autor, maior a importância dada às significações individuais. No entanto, mesmo nestes estudos, não há qualquer tentativa de análise ou classificação nosológica dos sistemas significativos característicos deste tipo de depressão. Finalmente, saliente-se que, na revisão de literatura

sobre a depressão puerperal, o autor desta tese não encontrou um único estudo que se possa considerar de orientação desenvolvimentista.

Conservando, como referência, a listagem de sistemas significativos sintomáticos da secção anterior, pode conceber-se que os sistemas seguintes são predominantes na depressão pós-parto:

- (a) desvalorização (inadequação, incompetência, insegurança, auto-confiança excessiva);
- (b) culpa;
- (c) desânimo;
- (d) irritação, hostilidade;
- (e) solidão e retraimento das relações sociais;
- (f) pessimismo e negativismo; e
- (g) dependência e submissão.

Como se pode ver, há uma grande sobreposição com as significações preponderantes da depressão genérica. As idéias parassuicidas aparecem com alguma importância na depressão genérica, mas só raramente na depressão puerperal. Os sentimentos de perda surgem com menos intensidade na depressão pós-parto, se bem que algumas destas significações possam ser bem evidentes (e.g., perda de oportunidades, de estatuto, de autonomia, etc.).

Esta terminologia psicopatológica à base de sentimentos e atribuições muito genéricos, parece ser insuficiente para caracterizar a depressão puerperal. Nesta tese, optou-se por considerar como preponderantes neste tipo de perturbação, quatro sistemas de significação, nos quais os sentimentos, atribuições ou convicções são enquadrados num contexto existencial ou relacional mais preciso. São eles: (a) dificuldade em assumir o papel de mãe; (b) atribuição de incompetência para cuidar do bebé; (c) percepção de relação conjugal deficiente ou inexistente; e (d) perda de autonomia e crise existencial.

No capítulo seguinte, estes sistemas de significações serão analisados em detalhe.

CAPÍTULO III

SIGNIFICAÇÕES DEPRESSOGÊNEAS E INTERVENÇÃO PREVENTIVA EM DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONCEPTUALIZAÇÃO DESENVOLVIMENTISTA, METODOLOGIA E OBJECTIVOS

Este capítulo está dividido em três partes. Na primeira apresentam-se as características e implicações socio-emocionais dos quatro temas ou sistemas de significações depressogêneos, que constituem a estrutura da metodologia de intervenção estudada nesta tese. Na segunda, introduz-se o modelo de psicopatologia desenvolvimentista e dialéctica de Joyce-Moniz (1988, 1989, 1992) em que essa metodologia se fundamenta. Na terceira, identificam-se os principais objectivos da concepção, implementação e validação comparativa da intervenção, assim como as hipóteses do estudo.

1. Sistemas de significações centrais para o puerpério

Depois do parto, muitos aspectos da vida da mulher, como o auto-conceito, o estatuto social, o casamento e a sua relação com o mundo do trabalho e com a comunidade, tendem a sofrer alterações consideráveis.

Ao tentar documentar as consequências negativas da maternidade para a mulher, procurando *libertá-la* dos seus papéis mais submissos, os movimentos feministas subestimaram o facto deste processo poder ser muito gratificante para ela. Significativamente, apenas há menos de vinte anos é que a Psicologia [e.g., Oakley (1979), Newton (1973), Rich (1976) ou Rossi (1973)] começou explicitamente a encarar a maternidade como uma vivência positiva para a mulher, e não só como uma condição de negatividade ou inferioridade social (Leifer, 1980). Embora parecendo ser óbvia, esta reconceptualização é importante, na medida em que, apesar das perturbações psicológicas que podem estar-lhe associadas, a grande maioria das mulheres encara a maternidade como uma vivência de prazer e satisfação muito significativas.

De igual modo, em psicologia do desenvolvimento do adulto (c.f., Lewittes, 1982;

Whitbourne e Weinstock, 1986) tem vindo a conceptualizar-se a vida como um processo contínuo de mudanças, caracterizado por uma sequência de etapas significativas desde o nascimento até à morte (e.g., casamento, maternidade, aposentação). Estas concepções são particularmente relevantes para a compreensão dos processos de gravidez e maternidade, na medida em que as transformações psicológicas a eles associados podem ser rápidas e provocar alterações físicas dramáticas, tanto na aparência externa como no organismo, assim como mudanças nas interações sociais e afectivas.

Realce-se que a maior parte das formulações desenvolvimentistas neste domínio se tem fundamentado no paradigma psicoanalítico da feminilidade. Assim, o desenvolvimento óptimo da gravidez consiste no *ajustamento* ou na *adaptação* a um papel feminino definido em termos de conformidade ou convencionalidade. O fracasso neste processo é visto como uma incapacidade da mulher para resolver conflitos intrapsíquicos e atingir uma *identificação madura* com a sua própria mãe (Leifer, 1980). Todavia, estas perspectivas não levam em linha de conta as experiências ideossincráticas e os aspectos sociais ligados à maternidade. Por exemplo, ao avaliar-se o "ajustamento" à maternidade, ignora-se geralmente o facto da mulher poder estar isolada em casa, da sua eventual condição social "inferior" (e.g., ser "apenas uma dona-de-casa"), ou da interrupção da carreira profissional. Nesta óptica, ainda se confunde ou deturpa o que pode constituir, de facto, a maternidade "normal". Assim, continua a preponderar a ideia estereotipada de que a *boa mãe* é aquela que só apresenta ternura e, de forma pronta e não ambivalente, responde às necessidades do bebé. A mulher que demonstra ambivalência, irritação ou ansiedade acerca dos seus sentimentos maternos sujeita-se a ser categorizada como perturbada (Leifer, 1980).

Apesar da perspectiva mais optimista ou positiva, que as ciências do comportamento têm assumido acerca da maternidade, não se pode ignorar o grande desafio social/familiar e emocional que este processo representa para a mulher. Os requisitos do papel maternal (e.g., responsabilidade do sustento do bebé) constituem um teste intenso às suas capacidades e possibilidades emocionais. Habitualmente, como referido no capítulo I, o período inicial do pós-parto tem sido caracterizado por uma disposição negativa moderada ou intensa. As mulheres podem sentir-se mais ansiosas, irritáveis, impacientes, ou pessimistas. Curiosamente,

o estereótipo que se pretende transmitir da maternidade tem sido o da mulher exibindo um humor radiante e absorvida com grande prazer e entusiasmo nas tarefas afins.

Mas a verdade é que a maior parte das mulheres não se encontra alertada para as grandes alterações socio-emocionais provocadas pelo nascimento do bebé. Os estereótipos culturais a que foi sujeita servem, sobretudo, para aumentar a discrepância entre a sua experiência vivencial e as expectativas que tinha criado.

Jesse Bernard (1974) considera que a maternidade, tal como é hoje experienciada nas sociedades desenvolvidas, converteu-se numa algo quartada do mundo real. Ao longo da história, e na maior parte das sociedades menos desenvolvidas, as mães recentes raramente consomem o seu tempo apenas em actividades relacionadas com o bebé. Pelo contrário, continuam a trabalhar ou a participar nas tarefas em que estavam envolvidas antes da maternidade, procurando conciliá-las com os afazeres maternos. As sociedades ocidentais, no entanto, estruturam a maternidade de forma a isolar as mulheres em casa, para cuidar do seu bebé, responsabilizando-as pelo seu crescimento sadio ou harmonioso. A actividade da mulher *deve* orientar-se, exclusivamente, para a criação e a educação dos filhos. Deste modo, Alice Rossi (1968) considera que a maternidade, nestas sociedades, pode constituir um processo traumatizante. Muitas vezes, as exigências do papel maternal excedem as capacidades da mulher para o seu desempenho de forma adequada. Esta autora encara a transição para este papel de mãe como sendo mais difícil do que o ajustamento aos de esposa ou profissional. A preparação para o casamento ou a profissão é quase sempre cuidada e gradual, podendo desistir-se ou voltar-se atrás, se as coisas não correm bem. Ao contrário, a transição para a maternidade é irrevogável e, frequentemente, brusca e sem preparação.

Para as mulheres que têm crianças, o papel maternal é, geralmente, predominante. Lopata (1971) constatou que muitas das mães, que entrevistou, encaravam esse papel como bem mais importante do que, por exemplo, o de esposa. Dois estudos realizados sobre amostras de grande dimensão mostraram que as mulheres sentem tanto maior satisfação como maior frustração com os seus filhos do que com o seu casamento (Gurin *et al.*, 1960; Veroff *et al.*, 1970). Estudos como estes apoiam a ideia de que não será o ter e criar filhos, só por si, que causam dificuldades emocionais nas mulheres. Pelo contrário, a forma como o papel

maternal está, actualmente, estruturado, torna difícil o desempenho do papel maternal de uma forma competente, de modo a possibilitar retirar alguma satisfação pessoal dessa tarefa. A pesada responsabilidade, que representa cuidar de um bebé, e a sua crescente complexidade, conduzem a um aumento das preocupações acerca de como o fazer, das decisões que devem ser tomadas, da capacidade para actuar eficazmente como mãe, e do equilíbrio das necessidades da família com as suas próprias necessidades (Lopata, 1971).

Para além dos problemas relacionados com o papel maternal, a maternidade requer grandes alterações em todos os outros papéis que a mulher desempenha ao longo deste período de vida. Este facto leva Lopata (1971) a considerar que o nascimento de um filho, sobretudo do primeiro, constitui o acontecimento que provoca a maior perturbação em toda a existência da mulher. A autora descreve a nova mãe como alguém que passa de uma participação social relativamente activa, para um espaço vivencial restrito, à medida que se absorve cada vez mais nas tarefas maternas. Este processo é geralmente acompanhado de mudanças drásticas nas relações interpessoais, como referido no capítulo I (e.g., a relação conjugal, relações com os outros filhos, relações profissionais).

A seguir, os quatro temas ou sistemas de significações preponderantes no puerpério, e que foram indicados no final do capítulo anterior, são considerados nas suas principais características e implicações.

1.1. Atribuição de incompetência para cuidar do bebé

Uma das preocupações fundamentais das novas mães reside nos cuidados que deve dispensar ao seu bebé, e ao grau de competência que se atribui quando o faz.

A crença de que qualquer mulher *deve* saber cuidar do seu bebé advém de uma perspectiva inatista do comportamento maternal. Esta posição foi bem expressa por Rossi (1968, 1977). A autora procedeu a uma análise social do papel de mãe, em que procurou realçar a importância dos aspectos biológicos na compreensão do comportamento maternal. Nesta óptica, a universalidade da capacidade maternal da mulher seria devida a uma disposição fisiológica inata, apoiada pela selecção natural e pela herança filo e ontogenética. Quanto mais crítico fosse um determinado comportamento para a sobrevivência da espécie, maior a

probabilidade de ser inato. Na espécie humana, seria necessária uma maior aproximação e ligação entre a mãe e o bebé do que noutras espécies. Sobretudo, porque a "cria" humana passa por um período mais longo de imaturidade e dependência. Assim, seria natural que, para garantir a sobrevivência da espécie, o comportamento maternal fosse biologicamente programado. No entanto, apesar de reconhecer que os factores biológicos, só por si, não determinam o comportamento maternal, Rossi enfatizou, de forma quase exclusiva, os componentes não aprendidos da maternidade.

Com o nascimento de um bebé as mulheres são confrontadas, pela primeira vez, com a realidade física, social e psicológica da maternidade. Nesta altura surge uma grande ansiedade acerca da sua competência como mãe e do bem-estar do bebé.

Para algumas, a ansiedade surge associada ao receio de apresentar alguma deficiência enquanto mãe (e.g., não responder adequadamente a uma emergência, ser incapaz de reconhecer sintomas físicos importantes no bebé, ou deixar que o bebé se magoe). As preocupações os possíveis defeitos físicos do bebé podem ser, assistindo-se, frequentemente, a uma verificação quase obsessiva do peso do bebé. A ansiedade relacionada com a possível morte do bebé é, também, algo frequente, intensificando-se sempre que ele manifesta a mais pequena alteração de saúde. Neste sentido, a mãe culpa-se pela eventual doença ou problema que o bebé apresenta, cismando sobre o que poderia ter feito para evitar essa situação. As longas horas passadas sózinha com o bebé aumentam a intensidade dessa ansiedade. Saliente-se que cerca do final do segundo mês depois do nascimento, a maior parte das mulheres não teve ensejo ou vontade de se afastar da criança, senão em pequenas e episódicas ocasiões.

Le Masters (1974) refere que a ambiguidade na definição dos papéis maternal, a recusa da possibilidade de falhas nessas tarefas, a transição súbita para a maternidade, as expectativas irrealistas, e os padrões elevados que lhe são impostos, podem levar ao desenvolvimento de sentimentos intensos de inadequação. A percepção da facilidade ou da dificuldade em cuidar do bebé determina em grande parte a amplitude das reacções ansiogénicas e depressogénicas (Sirignano *et al.*, 1985).

Pressupõem-se, igualmente, que as reacções mais nefastas surgem associadas ao nascimento do primeiro filho (Entwistle *et al.*, 1981). Os segundos filhos não têm o mesmo

impacto que o primeiro; uma vez que o "mal" (e.g., sentimentos de desvalorização, perturbação da relação conjugal, etc.) já está feito. Por outro lado, a mãe já tem experiência relativamente aos cuidados a dispensar ao bebé, não se sentindo tão confusa ou assustada com as exigências do papel como da primeira vez. O facto de ter aprendido a alimentar o bebé, a mudar-lhe a fralda, ou a realizar outras tarefas afins, leva a mãe experimentada a sentir-se mais confiante e segura de si, permitindo-lhe descontraí-lo e tirar mais prazer da interacção com a criança.

Outros autores (c.f., Rollins *et al.*, 1978) salientam os efeitos negativos de uma acumulação de situações perturbadoras relacionadas com a vinda de mais uma criança para a família. As preocupações financeiras tornam-se maiores. A mulher sente-se solicitada e tem de atender a um maior número de pessoas. Dependendo da diferença de idades entre as crianças, a mãe pode ver-se na contingência de ter de mudar fraldas e alimentar duas crianças, ou ter de retomar rotinas quase esquecidas, justamente quando a criança mais velha é, já, mais independente. Um dos aspectos menos referidos na literatura, mas que parece ser de grande importância, refere-se ao facto dos filhos mais velhos poderem desenvolver atitudes de ciúme face ao bebé, contribuindo, assim, para o mal-estar da mãe. Geralmente esses ciúmes manifestam-se através de comportamentos regressivos, que exigem mais atenção da mãe. Esta poderá sentir-se, assim, progressivamente mais dividida e confusa.

Como se sabe, a criança pode ser muito exigente relativamente à mãe, expressando as suas necessidades de cuidados e de estimulação socio-afectiva. Assim, a mulher pode perder o controlo da sua rotina diária, uma vez que se centra exclusivamente nas necessidades do bebé (Moss, 1974). Bell (1977) refere-se à criança, nos primeiros meses depois do nascimento, como o *Bebé Rei*, que tiraniza a mãe, sobretudo quando não é alvo de todas as atenções. O sentimento de competência da mãe depende da sua capacidade para satisfazer as necessidades ou "exigências" da criança (Robson *et al.*, 1970; Pitt, 1968; Oliooff *et al.*, 1991). No entanto, quando não consegue controlar o bebé, reduz a sua auto-estima.

Como foi visto no capítulo I, a literatura refere vários estados emocionais de insatisfação no pós-parto, tais como os sentimentos de culpa por não ser capaz de fazer tudo o que estima ser necessário pela criança. Este sentimento resulta, por exemplo, do facto de que

é impossível impedir um bebé de chorar. Quando este choro ocorre, por vezes a mãe fica perturbada, pois pode considerar que a criança sofre e que ela é impotente para aliviar desse sofrimento. Apesar das atribuições mais negativas tenderem a desaparecer nos meses que se sucedem ao parto, não é ainda certo que o sentimento de incompetência da mãe desapareça ou diminua. Nem é possível calcular até a que ponto um segundo filho virá ou não a reactivar todo o negativismo ressentido com o primeiro.

1.2. Percepção de relação conjugal deficiente ou inexistente

Os efeitos da maternidade sobre a relação conjugal são, ainda, alvo de controvérsia. Enquanto que alguns estudos mostram que o nascimento de uma criança dá azo a uma crise na maior parte dos casamentos (Dyer, 1963; Le Masters, 1957), outros referem que a satisfação conjugal depois do nascimento do primeiro bebé é, geralmente, elevada (Hobbs, 1965, 1968; Hobbs *et al.*, 1976; Meyerowitz *et al.*, 1966). Ou que, na maior parte dos casais, a satisfação de ser pela primeira vez mãe, ou pai, atenua a gravidade da crise conjugal (Russel, 1974). No entanto, frequentemente, a médio e a longo prazo, os efeitos da parentidade num casal são negativos (Campbell, 1975). Nalguns estudos longitudinais levados a cabo entre o período pré-natal e os primeiros meses depois do parto (c.f., Belsky *et al.*, 1983), constatou-se uma redução na satisfação conjugal coincidente com o nascimento do bebé (Braverman *et al.*, 1978; Dimitrovsky *et al.*, 1987).

No primeiro mês de vida do recém-nascido, os pais, e em particular a mãe, devem, rapidamente, tornarem-se peritos no desempenho de tarefas muitas vezes desconhecidas e penosas, de forma a poderem cuidar com eficácia do bebé. Para além da exigência de um domínio rápido dessas tarefas, acresce o facto de, sobretudo a mãe, se encontrar muito fatigada, de tal forma que os seus processos de confronto com este tipo de situações podem não ser os mais apropriados. Ao mesmo tempo, a gratificação obtida é ainda reduzida e pouco tem a ver, neste período, com respostas directas do bebé (Robson *et al.*, 1970). Por outro lado, o aparecimento da criança pode interferir com a relação sexual do casal e, assim, dificultar a coesão conjugal e reduzir o apoio emocional de que a mulher tanto necessita (Solberg *et al.*, 1973).

Consequentemente, a transição para a maternidade é atribulada e ansiogénea, interferindo com a relação conjugal. Esta interferência, pelo menos nos primeiros meses, pode ser atenuada pelos aspectos agradáveis do próprio relacionamento com o bebé (Shereshéfsky *et al.*, 1973).

Têm surgido na literatura várias explicações para este acontecimento (c.f., Cowan *et al.*, 1978; Wentz *et al.*, 1976). Geralmente, apoiam-se no facto de existirem numerosas situações de pressão e ansiedade no dia-a-dia da vida do casal (e.g., fadiga por terem de satisfazer as necessidades permanentes do bebé; desorganização das rotinas familiares; aumento das tarefas domésticas; desacordo relativo aos cuidados a dispensar à criança; preocupações acerca da competência como mãe, ou como pai). Estas situações ansiogéneas diminuem a satisfação conjugal pois reduzem a qualidade das experiências individuais e do casal, e mantêm uma tensão emocional permanente.

Alguns autores (c.f., Feldman, 1971) têm procurado explicar estes efeitos negativos do nascimento de um filho sobre a relação conjugal, orientando-se para os processos de comunicação no seio do casal. Feldman (1971) refere, aliás, que a comunicação entre marido e mulher é menor quando assumem a parentidade. No entanto, pode questionar-se a identificação efectuada entre quantidade e qualidade da comunicação. Para todos os efeitos, parece haver menos oportunidades para que os elementos do casal comuniquem entre si.

Um outro efeito do nascimento de um bebé nos processos de intimidade conjugal reside no facto de, depois do nascimento, ocorrer uma segregação entre marido e mulher. As suas esferas de actividade são diferentes, e os papéis sexuais distanciam-se, assumindo os estereótipos tradicionais (Abrahams *et al.*, 1978; Lamb, 1978). Durante as primeiras seis semanas, a mulher sente-se forçada a restringir as suas actividades fora do lar, pelo menos para poder recuperar do trauma físico a que foi sujeita no momento do parto. Se amamenta a criança, então as suas actividades, dentro e fora de casa, podem depender exclusivamente dos horários da criança. Por seu lado, o marido pode tender para ficar mais tempo fora de casa.

Cowan *et al.* (1978) observaram um grande número de mudanças induzidas pelo nascimento de um bebé sobre os padrões de relacionamento dos casais. A actividade sexual é geralmente considerada como fundamental. No entanto, depois do nascimento, o período de

abstinência sexual pode ser prolongado. Muitas mulheres sentem-se, ainda, desconfortáveis após a episiotomia; outras sentem um decréscimo de apetência sexual, sobretudo por se sentirem fatigadas ou preocupadas com o bebé; outras ainda, por ainda não terem encontrado contraceptivos adequados à sua situação física e psicológica. O reiniciar a actividade sexual depois de um longo período de abstinência pode ser, pois, muito ansiogéneo. Algumas mulheres receiam que o coito possa ser doloroso. A sua frequência é, assim, mais reduzida.

As tarefas físicas e psicológicas associadas ao cuidar de um bebé recém-nascido interferem claramente na relação conjugal. O tempo disponível só para o casal é menor, e pode ainda ocorrer uma situação de competição entre os conjuges, relativamente a "quem contribui mais" para o bem estar da família.

Os aspectos mais psicológicos da relação também são susceptíveis de alteração. Vicent *et al.* (1980) verificaram que, de forma geral, os casais tendem a aumentar a quantidade de conflitos, ou expressões emocionais destrutivas, no período do pós-parto, sobretudo nos dois primeiros meses depois do parto. O nascimento de um segundo filho leva os pais a terem de dividir, ainda mais, a sua atenção, tendo cada vez menos tempo disponível, física ou psicologicamente, para si próprios.

Outras causas possíveis, que conduzem a uma redução da satisfação depois do nascimento, são exteriores ao casal, mas interferem com a qualidade da relação. A tensão existente entre o desempenho do papel de mãe e o de trabalhadora constitui uma das causas principais. Goode (1960) define tensão entre papéis como a dificuldade sentida no cumprimento das obrigações relativas a esses papéis. O único papel que pode ser minimizado com consequências imediatas menos graves, é o conjugal.

Além das mudanças no estilo de vida, exigidas pela maternidade, a adaptação a uma relação conjugal, que se alterou, exige um grande investimento por parte da mulher. Mais do que adaptar-se ao bebé, as exigências inerentes à necessidade de integrar a criança no sistema familiar e, no caso das primíparas, ao desenvolvimento de uma identidade familiar e não apenas conjugal contribuem, consideravelmente, para a turbulência emocional experimentada nos meses que se sucedem ao parto.

Quase todas as mulheres, no estudo de Leifer (1980), expressavam a necessidade de

mais ajuda nos cuidados a dispensar ao bebé e no trabalho doméstico, mas mostravam-se relutantes em recorrer aos conjuges. Consideravam que *deviam* ser capazes de assumir os papéis de mãe e de esposa, e que o pedido de ajuda apenas demonstrava incompetência e fracasso no seu desempenho.

Assumir a responsabilidade total pelo bebé é um encargo pesado. No entanto, as mulheres aceitam-no, encarando as dificuldades que sentem como o resultado das suas próprias limitações, e não como uma consequência do excesso de exigências de que são alvo. Geralmente, consideram que o papel do marido é secundário. Apesar de quererem que eles aprendam, ainda que de forma elementar, a cuidar da criança, para poderem agir durante uma emergência, a maior parte das mulheres não espera que os maridos se envolvam nas rotinas diárias relacionadas com os bebés.

A integração dos papéis de mãe e esposa numa identidade coesa pode criar uma ansiedade considerável. Muitas mulheres sentem-se divididas entre estes papéis. São frequentes os sentimentos de culpa e inadequação, nas relações com o conjuge (Leifer, 1980). Sentem que negligenciam os maridos, não assumindo de uma forma completa o seu estatuto de companheiras, não lhes dando a atenção que eles requerem, ou parecendo não gostar mais deles. As mais pequenas alterações na rotina diária (e.g., atrasar o jantar para amamentar ou dar o biberão ao bebé; não conseguir fazer alguma companhia ao conjuge, por se encontrar demasiado fatigada), contribuem para aumentar esses sentimentos de culpa. Alguns maridos podem, inclusive, demonstrar alguns ciúmes relativamente ao bebé. Sentindo-se menos confortáveis com o processo de amamentação, ou considerando serem postos de lado face ao facto da mulher atender, primeiro, às necessidades do bebé, e só depois às dele, ou, ainda, ficando impacientes devido à abstinência sexual prolongada. Esta vivência relacional não beneficia, de forma alguma, o equilíbrio emocional da mulher (c.f., Paykel, 1980), favorecendo a ocorrência da depressão.

1.3. Dificuldade em assumir o papel de mãe

A nova mãe tem de articular o seu papel de "gestora do lar" com o de mãe. Mas os papéis colidem frequentemente (Oakley, 1974; Tentoni e High, 1980). Ser boa mãe não apela

para as mesmas qualidades de ser boa "doméstica", e a pressão a que a mulher está sujeita, ao tentar desempenhar satisfatoriamente estes dois papéis, pode ser muito ansiogénea. O *status* ligado ao ser "apenas uma doméstica" é bastante baixo. Grande número de estudos psicológicos, sociológicos e epidemiológicos, realçam que a mulher tende a sentir-se isolada, sózinha, deprimida, a auto-depreciar-se e, frequentemente, a apresentar uma sintomatologia psicossomática bem marcada (Bernard, 1974, 1975; Cohen, 1966; Gavron, 1966; Komarovsky, 1962; Newson *et al.*, 1963; Rainwater *et al.*, 1959; Rapoport *et al.*, 1977).

Curiosamente, no estudo de Leifer (1980), verificou-se que apesar do criticismo de que é alvo a forma como o papel maternal é estruturado nas sociedades ocidentais, a maioria das mulheres parece não se enquadrarem neste padrão. Pelo contrário, durante a gravidez apresentam uma visão da maternidade muito positiva. O papel de mãe é visto como predominante no seu próprio desenvolvimento. Assim, as mulheres parecem desejar, intensamente, centrar a sua vida no desempenho desse papel, acreditando que será dele que retirarão a maior satisfação existencial. Em grande medida, esta centração reflecte um processo de socialização da maternidade. Muitas mulheres não desenvolveram outras áreas sobre as quais pudessem construir a sua identidade. Para Chodorow (1978), a mulher está psicologicamente preparada para ser mãe através do contexto maternal de que ela própria beneficiou. Justamente porque as mulheres manifestam comportamentos maternos, as suas filhas tenderão a privilegiar as relações interpessoais, necessárias para assumir o papel de mãe de uma forma mais eficaz.

A distinção feita por Rich (1976) entre a maternidade como experiência e a maternidade como instituição parece ser relevante para a compreensão das reacções das mulheres ao aperceberem-se da desigualdade entre a expectativa romântica da maternidade e a sua realidade vivencial. Muitas consideram que, apesar da tarefa de cuidar do bebé ser cativante, os requisitos do papel de mãe criam grandes problemas. Quando Leifer (1980) perguntou a um grupo de mulheres quais as situações ou acontecimentos em que tinham tido mais dificuldade em ajustar-se, quando assumiram o papel de mães, praticamente todas salientaram o facto de terem de ficar confinadas ao lar. Apesar de terem perspectivado o papel de "domésticas" como permitindo, potencialmente, uma expressão criativa, acabaram

por descrever as tarefas caseiras como *mundanas*, *subalternas* ou como *trabalho de escrava*.

A maioria das mulheres encontra-se fatigada, demasiado absorvida pelas tarefas relacionadas com o cuidar da criança. Não têm energia ou tempo suficientes para serem criativas na lida da casa. Saliente-se que os bebés constituem um acréscimo de trabalho doméstico, e que, curiosamente, muitos maridos investem menos neste trabalho, justamente porque as mulheres passam a maior parte do seu tempo, neste período, em casa. As actividades mais banais (e.g., ir às compras) envolvem, no entanto, um planeamento cuidadoso, dependente dos horários do bebé, ou de quem pode ficar a cuidar dele. Para Leifer, as mães que apresentam este tipo de preocupações são, tipicamente, as da classe média, orientadas, fundamentalmente, para a relação e não para a acção. Cuidar dos bebés é mais importante que cuidar da casa. Consequentemente, muitas dão-se conta de que só podem realizar as tarefas domésticas nos períodos mais inconvenientes do dia, aproveitando, sempre que podem, aqueles em que os bebés dormem, ou estão mais sossegados. Mais do que se sentirem descontraídas e descansadas, como antecipavam durante a gravidez, estes momentos contribuem para o aumento de tensão emocional. Qualquer pequena tarefa é encarada como uma obrigação, tornando-se penosa.

À medida que a novidade e o desafio, que o papel maternal constitui, se vão dissipando, aumenta a insatisfação e o aborrecimento provocados pelas tarefas rotineiras da casa e do cuidar da criança. Apesar de constatar que o bebé se desenvolve sem problemas, a mulher pode sentir-se pouco satisfeita com o interminável rol de tarefas que deve realizar diariamente. Estes sentimentos de confinamento, constrictão e isolamento, surgem, geralmente, no final do segundo mês depois do parto.

O processo de relacionamento com o bebé não é suave nem fácil, especialmente para a mãe atenta ao desenvolvimento infantil. Apesar das mulheres do estudo de Leifer (1980) se apresentarem confiantes e se considerarem mães competentes, muitas referiram que a sua experiência enquanto mães tinha sido aterradora. Aquelas que se encontravam mais adaptadas ao novo estatuto eram as que falavam, mais abertamente, sobre as suas dificuldades, ansiedades e ambivalências no período inicial do pós-parto.

A generalidade da literatura psicológica sobre os sentimentos maternos apresenta as

mães como "boas" ou "más", omitindo inteiramente os múltiplos sentimentos que as mulheres normais podem experimentar neste processo. A "boa" mãe é aquela que, acreditando que o bebê é muito frágil, evita a menor tensão emocional, pois esta pode provocar danos psicológicos irreparáveis na criança. Assim, o desenvolvimento de uma relação saudável com o bebê está ligado a muitas emoções, muitas vezes difíceis de integrar face à imagem culturalmente transmitida da "boa" mãe.

Para Rossi (1968), é importante considerar a pressão cultural ligada à condição de mãe, e as sanções negativas aplicadas às mulheres que não desempenham com sucesso esse papel. É igualmente importante compreender-se que, apesar de muitas mulheres não terem optado pela maternidade, esta torna-se irrevogável. As atitudes negativas ou ambivalentes relativas à maternidade permitem prever, com alguma segurança, a ocorrência de perturbações emocionais no pós-parto (Gordon *et al.*, 1960; Nilsson *et al.*, 1967; Shereshfsky *et al.*, 1973).

1.4. Perda de autonomia e crise existencial

A auto-imagem da mulher, de acordo com a literatura sobre o desenvolvimento feminino, aparece muito ligada ao papel maternal, ao longo de toda a existência. Durante a infância, as raparigas passam por um processo de socialização onde a maternidade surge, frequentemente, como o papel predominante a ser desempenhado na vida adulta (Blake, 1972; Horner, 1970; Komarovsky, 1946; Oakley, 1974). Consequentemente, são "moldadas" de forma a conformarem-se ao papel de mãe. Durante a adolescência e enquanto jovem adulta, num período em que o rapaz solidifica a sua identidade e desenvolve as suas aptidões de trabalho, a rapariga não apresenta uma auto-definição clara, de forma a poder adaptar-se com maior facilidade aos papéis de esposa e de mãe que se espera que venha a desempenhar. A sua auto-estima está essencialmente ligada à aceitação interpessoal, e não ao desenvolvimento de um *self* autónomo e competente (Douvan, 1970).

A maternidade é considerada como o acontecimento de vida mais importante no futuro próximo. O trabalho, a educação e o casamento são vistos como meios para atingir esse objectivo. As mulheres, que colaboraram no estudo de Leifer (1980) sobre os efeitos psicológicos da maternidade, encontravam-se, quase todas, envolvidas no mundo do trabalho,

mas poucas manifestavam interesses nas carreiras. Ao mesmo tempo, os seus interesses sociais e recreacionais encontravam-se bastante diminuídos. Essas mulheres acreditavam menos na possibilidade de controlarem as suas próprias vidas do que os seus maridos, enquanto *chefes de família*. Saliente-se que estas mulheres atribuíam-se atitudes submissas, que aumentavam com a maternidade.

O nascimento do primeiro filho constitui, geralmente, uma interrupção do processo de formação profissional ou da carreira da mulher. Investindo fortemente no mundo do trabalho, provavelmente experimenta uma ansiedade considerável quando se torna mãe a tempo inteiro. Apesar da profissão ou carreira promover a auto-estima, e contribuir para a satisfação na relação conjugal (Hoffman *et al.*, 1974), é igualmente verdade que as mulheres sentem bastante dificuldade em coordenar as suas funções maternas as profissionais, sobretudo numa altura em que se confrontam com perturbações emocionais inerentes à maternidade. No entanto, apesar de anteciparem que o facto de acumularem as tarefas da maternidade e da carreira/profissão poder ser emocional e fisicamente penoso, acreditam que a sua vida estaria incompleta sem esta última actividade.

Passados os primeiros meses da gravidez, as mulheres tornam-se mais apreensivas relativamente à maternidade. Algumas preocupam-se com a perda da liberdade pessoal, as mudanças inevitáveis e irrevogáveis no estilo de vida, a grande responsabilidade pelo bem-estar do bebé, e com o efeito que a maternidade possa ter na situação conjugal. Contudo, não querem que as suas vidas fiquem totalmente subjugadas à maternidade.

Apesar de considerarem que a maternidade as aproxima do seu ideal de vida, muitas mulheres sentem que as respectivas rotinas, o isolamento, e a falta de estimulação social permitem criar uma maior consciência da falta de envolvimento noutras áreas existenciais. Durante a gravidez, viram a maternidade como um "romance", ou uma situação que resolveria muitos problemas na sua vida e constituiria uma experiência plenamente satisfatória. As realidades da maternidade, pouco românticas, levam a uma nova avaliação dos objectivos de vida.

A pressão socio-cultural para ter filhos é acompanhada pela asserção, de que a maternidade confirma o estatuto de maturidade da mulher. Uma grande parte das mulheres vê

a maternidade como a entrada definitiva na vida adulta (Leifer, 1980). Porém, no estudo de Leifer, apenas algumas se sentiram incondicionalmente adultas depois de assumirem a maternidade. A maior parte demonstrava ambivalência sobre a sua entrada num novo *estádio* ou período de vida. Nesse estudo, as mulheres frequentemente referiram ter sentimentos de perda da sua vida anterior.

Como referido, a maternidade provoca uma descontinuidade no relacionamento social de uma grande parte das mulheres. Sobretudo para aquelas que, durante uma parte significativa das suas vidas, se empenharam nos empregos ou nos estudos. A maternidade leva-as a ter de deslocar o investimento social para um novo grupo, essencialmente constituído por mulheres que passam, também elas, a maior parte do seu tempo em casa. Apesar de existir um aumento de actividade social depois do parto, através das visitas de amigos ou familiares, cerca de três ou quatro semanas depois, essas visitas tendem a diminuir. As mulheres ficam a maior parte do tempo sózinhas, em casa, com o bebé. E os sentimentos de solidão podem tornar-se muito intensos.

Para algumas mulheres, que receberam uma atenção considerável durante a gravidez, torna-se difícil aceitar que a atenção dos outros é, agora, e de uma forma súbita, orientada para a criança. Apesar dos elogios ao bebé poderem ser apercebidos como dirigidos à mãe, existe, também, a convicção de que já não é vista como uma *pessoa especial*. É, para todos os efeitos, apenas mais uma mãe, que perdeu todas as prerrogativas de que beneficiou durante a gravidez.

O poder que é atribuído à mãe na relação conjugal pode influenciar a sua adaptação à maternidade, concretamente o seu sentimento de autonomia. As mulheres que, no contexto da relação conjugal, se encontram mais dependentes do conjuge, tendem a experimentar maiores dificuldades quando assumem a maternidade. Uma vez que a transição para o papel de mãe passa, muitas vezes, por um aumento da dependência relativamente ao companheiro, a mulher pode sentir-se perturbada, sobretudo pela diminuição de oportunidades para uma realização pessoal (Wylie, 1979).

Vários autores defendem a ideia de que a maternidade constitui um ponto de viragem no processo de integração da jovem mulher na "sociedade dos adultos" (c.f., Hoffman *et al.*,

1978; Kagan, 1978). Durante os primeiros meses depois do nascimento de um filho, o ser mãe é, frequentemente, importante para a definição desta *identidade* (Cowan *et al.*, 1978). A mulher é capaz de ultrapassar os seus próprios interesses, descentrar-se (Schaffer, 1977), e discriminar as necessidades e os desejos da criança. Como referido, a transição para a maternidade pode ser vista pelas mulheres como uma crise pessoal (Russell, 1974). Devido à responsabilidade pelos cuidados a dispensar ao bebé, a sua liberdade torna-se cada vez mais restricta.

A compatibilidade entre a maternidade e a autonomia tem sido alvo de várias teorizações (c.f., Winnicot, 1958 b, Murphey *et al.*, 1963, Gilligan, 1977). Mas como se pode definir este conceito? Existem, naturalmente, múltiplas maneiras de conceber a autonomia. Para Murphy *et al.* (1963), ser autónomo é ter consciência de que se têm necessidades e objectivos próprios, assim como a liberdade e a capacidade para desenvolver um curso de acção e de tomada de decisão, e de que se é responsável pelos comportamentos e cometimentos próprios.

Segundo Guttman (1983), a autonomia, nas mulheres, tem sido, frequentemente, confundida com uma tendência para a *masculinidade*. É, assim, considerada como o oposto da feminilidade e, por consequência, da maternidade. Nesta perspectiva, a mulher que desenvolveu uma capacidade maternal adequada terá uma capacidade de autonomia limitada. As mulheres que se consideram como mais autónomas parecem ser aquelas que, antes do parto, apresentam menos queixas emocionais. Mas, por outro lado, são as que referem uma sintomatologia mais intensa no puerpério (Nilsson *et al.*, 1970).

Para Guttman (1983), os problemas sentidos por uma mulher relativamente à liberdade e autonomia derivam, fundamentalmente, da adopção de uma de duas perspectivas distintas no relacionamento com os outros: (a) narcisismo, ou escravatura relativamente ao próprio; e (b) martírio, ou escravatura relativamente aos outros.

O conceito de narcisismo é importante para a psicanálise, ou para outras perspectivas (Kernberg, 1970; Lasch, 1978). Nesta óptica, a estrutura de personalidade narcísica resulta da ou reflecte a tendência da sociedade ocidental para cultivar valores que promovem a satisfação das necessidades do indivíduo em detrimento das de outrém. Dentro da orientação narcisista

de auto-promoção verifica-se uma distorção do conceito habitual de autonomia, pois a pessoa pretende "fazer o que quer", de forma egocêntrica, frequentemente para suavizar sentimentos de vazio e de fracasso. Uma outra forma de escravidão narcisista, e que pode ser contrária egoísmo, reside no auto-sacrifício. Encobre-se a tentativa de promoção pessoal através da sua "dádiva" manipulatória aos outros.

Para Guttman (1983), tanto a mulher narcisista como a auto-sacrificante dificilmente podem ser vistas como *mães suficientes*, na medida em que, por não conseguirem conciliar a sua dedicação aos outros com a que devem ter para consigo próprias, dificilmente estarão disponíveis e despreocupadas no seu relacionamento com o bebé. Guttman (1983) recorre às asserções de Gilligan (1977) relacionadas com o desenvolvimento do raciocínio moral nas mulheres. Nesta perspectiva, a atitude moral das mulheres encontra-se orientada para uma valorização da capacidade de conexão, contextualidade, atenção e responsabilidade para com os outros, encontrando-se mais ligada do que nos homens à resolução de dilemas na vida real. Deste modo, a autonomia não será contraditória com a maternidade, mas um dos seus elementos, ou seja, uma condição necessária, apesar de não suficiente, para uma maternidade adequada. A autonomia envolve o reconhecimento dos direitos e das necessidades de outrem, mas também do próprio, indispensáveis para o equilíbrio emocional da mulher no pós-parto.

Em suma, a mulher vive a gravidez aderindo, frequentemente, às asserções convencionais da sociedade, tais como: (a) a maternidade propicia uma satisfação e realização plenas; e (b) os outros aspectos existenciais da mulher são de menor importância, quando comparados com a gratificação inerente ao facto de ser mãe. Ela assume o papel de mãe acreditando que a sua vida será enriquecida, e que encontrará um significado e um objectivo inatingíveis noutras áreas. É surpreendente verificar até que ponto a maternidade é romantizada durante a gravidez. Muitas das respostas obtidas por Leifer (1980) poderiam ter tido lugar nos anos 50, antes do ataque feito à instituição da maternidade pelo movimento feminista. Apesar da realidade da maternidade alterar profundamente essas expectativas, a maior parte das mulheres não experimentam qualquer irritação ou sentimento negativo pelas suas expectativas pré-parto não terem correspondido à realidade.

Os quatro sistemas de significações acima descritos encontram-se relacionados com dimensões psicológicas geralmente designadas expectativas, auto-avaliações, sentimentos, normas, atribuições pessoais e relacionais, entre outras. Foi referido que essas temáticas podem ser conceptualizadas em função da sua ligação com condições ansiogéneas, impostas pelo meio, ou com questões mais pessoais. Não pretendem esgotar todos os possíveis sistemas de significações implicados na depressão pós-parto. No entanto, são suficientemente inclusivas para poderem definir os parâmetros cognitivos centrais desta perturbação. Da mesma forma, não pretendem ser exclusivas. Encontram-se interligadas e influenciam-se mutuamente. No entanto, situam-se em níveis bem diferenciados de complexidade.

A atribuição de incompetência para cuidar do bebé relaciona-se, sobretudo, com a auto-estima da mulher. As suas significações situam-se a um nível mais instrumental (e.g., tarefas, actividades, cuidados concretos relacionados com o bem estar físico da criança). Em termos relacionais, este sistema de significações privilegia, fundamentalmente, o relacionamento da mulher consigo própria (e.g., relação intrapessoal), com a sua imagem, com as suas competências e capacidades. As ameaças (e.g., acontecimentos, medos, pressões, expectativas não confirmadas) a essa auto-imagem levam-na a desenvolver sentimentos de desvalorização, culpa, hostilidade e desânimo, fortalecendo o seu pessimismo e negativismo. Saliente-se, contudo, que, nesta área, as significações sintomáticas prendem-se mais com o desempenho actual, e menos com a antecipação de acontecimentos negativos (e.g., receio de causar qualquer dano irremediável ao bebé).

Também caracterizada por significações mais instrumentais; a percepção da relação conjugal como deficiente ou inexistente prende-se mais com aspectos relacionais interpessoais (e.g., o que é procurado é a estima do outro). De igual modo, a perda, a ruptura ou a ausência de uma relação emocionalmente satisfatória leva a mulher a desvalorizar-se, a ser agressiva ou hostil, a sentir-se culpada, ou a ter atitudes de dependência e submissão. Estas significações estão relacionadas com sentimentos de incompetência (e.g., de realização de tarefas maternas ou conjugais). Contudo, na atribuição de incompetência para cuidar do bebé, a mãe é confrontada com a necessidade de resolução de problemas concretos, enquanto que na área conjugal, confronta-se com a necessidade de resolver problemas de natureza

socio-afectiva.

A dificuldade em assumir o papel de mãe é, já, um sistema de significações mais abstracto, integrando os anteriores (i.e., instrumentalidade e relação) a um nível mais geral. Tem uma orientação mais concreta, quando se apoia num processo vicariante (e.g., o papel de mãe deriva de modelos maternos específicos), e mais abstractas, quando assenta em crenças, normas ou valores socio-culturais. Ao tentar assumir o papel de mãe, a mulher vê-se obrigada a isolar-se socialmente, ou é alvo desse isolamento por parte dos outros. As significações sintomáticas mais evidentes nesta área prendem-se, como foi dito, com sentimentos de desvalorização e solidão, dependência e submissão. O pessimismo e o negativismo são frequentes nesta área, muito em particular quando a mãe se preocupa com as possíveis deficiências do bebé (Blumberg, 1980). Neste caso, sentimentos de culpa emergem de forma muito saliente.

O sistema mais integrador, perda de autonomia e crise existencial, é composto por dois subsistemas. De facto, a perda de autonomia não implica, necessariamente, a ocorrência de uma crise existencial, nem esta implica aquela. No entanto, como constituem duas temáticas muito abstractas, e de alguma forma relacionadas, consideraram-se em conjunto. Ambas se dirigem ao futuro, ou ao devir, mais do que ao imediato. São essencialmente prospectivas. À semelhança dos três sistemas anteriores, contêm aspectos claramente instrumentais, tendo a ver com a interrupção das actividades e dos cometimentos concretos da vida profissional e social. Mas as significações predominantes prendem-se com razões mais existenciais, ou seja, com o encontro da mulher consigo própria, a sua liberdade, ou a sua limitação vivencial. As significações sintomáticas mais salientes nesta temática dizem respeito aos sentimentos de desvalorização, culpa, hostilidade, dependência e submissão. De certa forma, pode dizer-se que incorpora praticamente todas as significações sintomáticas características da depressão puerperal, justamente por ser o sistema mais abstracto e, como referido, o mais integrador.

Como transparece na revisão de literatura mais geral efectuada no capítulo I, e na mais específica realizada acima, as análises desenvolvimentistas sobre os processos psicológicos associados a estas quatro temáticas prendem-se, apenas, às perspectivas de desenvolvimento ao longo da vida, da adolescência ao final da idade adulta. À excepção do sistema

relacionado com a autonomia, os outros não têm, assim, sido alvo de conceptualizações desenvolvimentistas. Convém assinalar que, como se verá adiante, na perspectiva do desenvolvimento socio-cognitivo, a autonomia corresponde a um nível superior no processo de evolução pessoal, que decorre de uma condição de dependência para outra de autonomia [c.f., Perry, 1969; Loevinger, 1966; Kegan, 1982; Bull (em Kohlberg, 1983); Hunt, 1971; Armon (em Richards e Commons, 1990)] .

Embora as quatro temáticas não tenham sido especificamente tratadas nos modelos, apresentados no Capítulo II, dos paradigmas comportamental-cognitivo, cognitivo e desenvolvimentista, convém referir, a título hipotético, o que poderia ser a abordagem dessas temáticas, dadas as orientações epistemológicas desses paradigmas. Assim, os modelos do paradigma comportamental cognitivo tenderiam a abordar, preferencialmente, os sistemas de significações que apresentam uma maior ligação aos factores do meio, nomeadamente os de auto-avaliação de incompetência na realização de uma tarefa instrumental e de percepção de uma relação interpessoal deficiente. À luz deste paradigma, estes dois sistemas de significações inadaptativas são adquiridos, justamente porque a pessoa não retira satisfação suficiente quer da realização da tarefa, quer da relação interpessoal em que está envolvida. Ao realizar uma tarefa instrumental, a pessoa espera obter sucesso, assim como ao envolver-se numa reacção interpessoal, antecipa obter ganhos. No entanto, o meio nem sempre confirma essas expectativas. A relação interpessoal pode ser punitiva para a pessoa, sobretudo se o interlocutor for muito absorvente ou, pelo contrário, se mostrar desinteressado ou excessivamente crítico. O fracasso obtido no desempenho de uma tarefa é alvo, por sua vez, de críticas negativas. O principal referente, que a pessoa utiliza para avaliar as suas acções e desempenhos, é sempre externo, dependendo do meio que a rodeia, seja por meio da sua comparação com padrões impostos pela sociedade, seja através das reacções do meio social.

Já o paradigma cognitivo da depressão não privilegia qualquer um destes quatro sistemas em detrimento dos outros. Todos eles estão incluídos no *domínio pessoal* do indivíduo e constituem, assim, áreas sensíveis, a que a mulher está particularmente atenta. Para este modelo, o que importa é ter acesso às significações individuais, ou seja, à forma como a pessoa interpreta as suas vivências no contexto de cada uma dessas áreas. Assim, é

necessário compreender quais as representações que a mulher tem, por exemplo, do papel de mãe. Ou a importância que atribui à relação conjugal. Ou ainda, quais os objectivos de vida, ou ideais, que integram o seu domínio pessoal. No caso da depressão, as significações preponderantes referem-se à perda e à desvalorização. Os insucessos na realização de uma tarefa ou no assumir de uma responsabilidade podem levar a mulher a ver-se como incompetente e inadequada, se forem centrais para a sua auto-imagem/auto-conceito. De igual modo, uma relação interpessoal demasiado absorvente pode, também, levar a sentimentos de perda relativos, por exemplo, à sensação de autonomia. Referiu-se, anteriormente, que as significações individuais são vistas, no modelo beckiano, como ideossincráticas, sendo determinantes a sua identificação e o seu confronto.

O paradigma desenvolvimentista também não salientaria qualquer um dos sistemas de significações. No entanto, como foi referido anteriormente, distingue-os em função do nível de desenvolvimento cognitivo-emocional que os enquadra. Para os modelos que integram este paradigma, os quatro sistemas de significação apresentados podem refletir outros tantos níveis desenvolvimentistas, sobretudo a partir do seu grau de inclusividade. Mas podem, também, constituir sistemas interdependentes, que se vão expressando de forma diferenciada ao longo do desenvolvimento. A auto-avaliação de incompetência, na realização de uma tarefa instrumental, constitui um sistema mais elementar do que um outro dizendo respeito às crises existenciais e perda de autonomia. Estes quatro sistemas podem ser vistos como reflectindo os diferentes tipos de depressão formalizados por Kegan. Assim, as significações associadas à dificuldade em assumir o papel de mãe e à perda de autonomia, seriam expressões de uma depressão auto-avaliativa de nível 4, e da de transição para o 5, respectivamente. Enquanto que as significações associadas à auto-avaliação de incompetência para cuidar de outrem, e à percepção de uma relação deficiente, refletiriam a depressão dependente, respectivamente do nível 3 e da transição para o 4. No entanto, é importante referir que os quatro sistemas de significação, formalizados para este estudo, não se prendem com um ou outro nível de desenvolvimento. São igualmente relevantes, seja qual for o nível de desenvolvimento da mulher. A sua expressão sintomática, assim como os seus aspectos cognitivo-verbais, poderiam, esses sim, ser diferentes, dependendo do nível de desenvolvimento a que cada

puérpera teve acesso.

Como se viu, a depressão tem sido alvo de conceptualizações oriundas de diferentes quadrantes e tradições enfatizando diferentes processos. Assim, para uns será o reforço social que é importante para a compreensão da perturbação, para outros as representações cognitivas do depressivo, e para outros, ainda, serão os sistemas de significações individuais que, adquiridos e transformados através do processo de desenvolvimento cognitivo-emocional, melhor podem explicar a perturbação depressiva.

Nesta tese procura-se proceder a uma integração destas quatro temáticas da depressão pós-parto, numa perspectiva da psicopatologia desenvolvimentista. Para tal, o autor fundamenta-se no modelo de psicopatologia desenvolvimentista e dialéctica de Joyce-Moniz (1989; 1992)

2. Modelo de Psicopatologia desenvolvimentista e dialéctica de Joyce-Moniz

Por definição, este modelo (Joyce-Moniz, 1989, 1992) insere-se no paradigma desenvolvimentista da psicopatologia. Neste paradigma considera-se que o comportamento patológico pode ser conceptualizado por meio do estudo do comportamento normal, e este, por sua vez, melhor compreendido através daquele (Cicchetti, 1984). De uma forma muito geral, pode conceber-se que toda a psicopatologia é desenvolvimentista, na medida em que qualquer processo patológico é constituído por comportamentos que se desviam, de forma prejudicial, de um processo normal de desenvolvimento. É, justamente, a amplitude desse desvio que permite diagnosticar a gravidade da perturbação. Neste modelo desenvolvimentista, as significações adaptativas e as sintomáticas são adquiridas através dos mesmos processos mas, como adiante se verá, a sua manutenção depende de acções dialécticas diferenciadas (Joyce-Moniz, 1992). No entanto, este critério de *desvio evolutivo* dos comportamentos patológicos em relação à evolução dos normais não é suficiente para definir uma perspectiva desenvolvimentista de psicopatologia. Pode dizer-se que o seu objectivo mais geral consiste no estudo da interdependência entre o desenvolvimento dos comportamentos normais e o dos comportamentos patológicos.

Para Sroufe e Rutter (1984)

"A psicopatologia desenvolvimentista pode ser definida como o estudo das origens e do curso dos modelos individuais de inadaptação comportamental, qualquer que seja a idade do seu começo, as suas causas, as transformações no comportamento manifesto, ou qualquer que seja a complexidade do curso do modelo de desenvolvimento (pp. 18)".

A psicopatologia desenvolvimentista de Joyce-Moniz (1992) fundamenta-se nas convergências existentes entre as sequências dos principais modelos de psicologia do desenvolvimento socio-cognitivo.

Nestes modelos considera-se que a aquisição do conhecimento do mundo social e afectivo estrutura-se em *descontinuidades* (e.g., níveis, estádios) de significações individuais, que se sucedem de forma sequenciada, ao longo do desenvolvimento. Apesar das diferentes descontinuidades poderem apresentar alguma correspondência com escalões etários, não se trata de uma sequência determinada apenas por imperativos maturacionais. As experiências de cada indivíduo promovem diferenças individuais importantes, acelerando ou atrasando o momento de acesso a cada descontinuidade. Para Joyce-Moniz (1992), é possível caracterizar o desenvolvimento socio-cognitivo adaptativo a partir de critérios exclusivamente psicogenéticos:

(a) Ordem invariável de acesso à sequência, começando sempre pelo nível mais primitivo, ou de estrutura dialéctica ou significação menos complexa, e passando, progressivamente, aos níveis de estruturas mais complexas; (b) integração progressiva das significações e/ou das estruturas dialécticas de um determinado nível nas do nível seguinte; (c) universalidade das sequências, isto é, aquisição inevitável desses níveis de significação, e não de outros, por todos os indivíduos, independentemente das suas etnias, culturas, características sociais ou posses materiais; (d) pessoas de diversas idades podem chegar ao, ou situar-se no, mesmo nível; mas nem todas as pessoas percorrem toda a sequência, acedendo, assim, ao último nível; algumas quedam-se em níveis iniciais ou intermediários.

Estes critérios podem ser aplicados ao desenvolvimento patológico. O que implica que uma perturbação pode também evoluir de uma menor para uma maior complexidade

significativa. Contrariamente aos modelos tradicionais da psicopatologia, o autor não aceita que uma perturbação seja caracterizada por um determinado nível de

QUADRO 2
SEQUÊNCIAS DE DESENVOLVIMENTO DE SIGNIFICAÇÕES
ADAPTATIVAS
(em Joyce-Moniz, 1992)

Níveis	1	2	3	4	5
Piaget	pré-operacional	concreto	formal começo	formal completo	—
Kohlberg	punição obediência	hedonismo instrum.	mutualidade aprovação	orientação societal	contrato direitos
Perry	—	dualidade	multiplidade	relativismo	autonomia
Selman	egocêntrismo	reciprocidade	mutualidade	convencionalidade	complexidade
Kegan	orient. impulsiva	orient. imperial	orient. interpessoal	orient. institucion.	or. inter-individual
Peck	amoralidade	expeditivo	conformismo	—	consciência "irracional."
Loevinger	impulsividade	oportunismo	conformismo	consciência	autonomia
Bull	anomia	heteronomia	socionomia	—	autonomia
Hunt	associal impulsivid.	concreto dogmatismo	dependência abstração	—	auto-directividade
Fowler	fé intuitiva	fé mítica	fé convencional	fé reflexiva	fé conjuntiva
Armon	orient. instrumental	orient. afectiva	individual lógica	individuação	autonomia

desenvolvimento, no qual se fixa, e só por esse nível. Tal como uma pessoa não perturbada

não permanece sempre num único nível de significação, assim a perturbação não será constituída num único nível. Deste modo "cada síndrome é expresso por formas sintomáticas ordenadas ao longo do desenvolvimento em níveis de progressiva diferenciação e integração." (Joyce-Moniz, 1992). A mesma perturbação pode conter significações completamente diferentes, dependendo do nível de desenvolvimento em que a observação ou o diagnóstico é efectuado.

Baseando-se nos modelos do Quadro 2, Joyce-Moniz (1992) propõe uma síntese do desenvolvimento de significações adaptativas e sintomáticas, apoiada, sobretudo, em três dimensões: (a) *dimensão metafísica*; (b) *dimensão descentrante*; e (c) *dimensão normativa*. Cada uma destas dimensões pode ser, por sua vez, descrita através de três *centrações*, relativamente estáveis, e com significações temáticas ou preponderantes. Entre as centrações, concebem-se outros níveis, que constituem tentativas de modificação desses sistemas temáticos:

(a) *Dimensão metafísica* (Kitchner, 1983; Kitchner e King, 1981)

(1) Centração na realidade objectiva, ou na verdade absoluta, que é apreendida pelos sentidos. É possível atingir o conhecimento total, e as crenças são reais.

(2) Centração na realidade incerta. Inicialmente, o conhecimento da realidade objectiva, ou da verdade, pode não ser imediatamente possível. É preciso tempo e provas. Mais tarde, o conhecimento da verdade objectiva, ou da verdade, pode não ser possível porque cada um tem a sua significação da realidade, ou da verdade.

(3) Centração na realidade e na verdade subjectivas, ou no conhecimento subjectivo. A realidade e a verdade dependem, não dos sentidos, mas das significações. Inicialmente, o conhecimento da realidade, ou da verdade, é subjectivo, mas pode ser racionalizado em função do sistema e do contexto. Mais tarde, o conhecimento da realidade, ou da verdade, é subjectivo, mas cada pessoa pode construir significações, ou conhecimentos, cada vez mais próximos do que se pode conceber como a *realidade objectiva* ou *verdade universal*.

(b) *Dimensão descentrante* (Kegan, 1982; Kegan *et al.*, 1985; Selman, 1980; Shantz,

1975) - *Teoria da aprendizagem social* (Londres: Routledge).

(1) Centração nas percepções, impulsos e sensações corporais. Esta centração faz-se, de forma exclusiva, na perspectiva ou ponto de vista do próprio, e em *estereótipos* pessoais, para explicar atitudes concretas e emoções expressas.

O conflito pode introduzir-se de duas formas:

1. Constatação de que os impulsos e as sensações não representam a vontade da pessoa.

2. Diferenciação, não coordenada, entre a perspectiva da pessoa e a do interlocutor.

(2) Centração nas necessidades e normas psicológicas. A centração faz-se sobre *estereótipos* grupais para explicar atitudes e emoções, objectiva ou subjectivamente expressas. Diferenciação entre a perspectiva do próprio e a do interlocutor ou do grupo.

O conflito pode ser introduzido de duas formas:

1. Constatação de que as relações grupais, ou sociais, não impedem emoções e atitudes individualizadas, ou experiências de intimidade pessoal.

2. Diferenciação entre a perspectiva do próprio e a perspectiva do sistema/instituição.

(c) *Dimensão normativa* (Dodsworth-Rugani, 1982; Turiel, 1983; Kohlberg, 1969, 1981).

(1) Centração nas normas para descrever as *uniformidades* dos comportamentos reais (instrumentais) das pessoas. Só a autoridade, que criou as normas, as pode alterar. O comportamento, pode ser *externamente* controlado pelas consequências da aceitação e negação das normas (reforço de contingências). A significação relacional preponderante reside no *ganho de protecção*. A consequência inevitável e imediata à transgressão da norma deve ser a punição (justiça imanente). Dependência relativamente a pessoas protectoras ou figuras de autoridade.

(2) Centração na incerteza da autoridade. As normas *instrumentais* são arbitrárias e podem ser alteradas para responderem aos *interesses* e necessidades concretos e pragmáticos

de cada pessoa (em especial os da autoridade). A significação relacional preponderante reside no *ganho de oportunidade*. Maximalização de ganhos e minimização de perdas.

Centração nas normas para reflectirem os *compromissos* entre as expectativas, que as pessoas colocam no relacionamento social. O comportamento pode ser *internamente* controlado pela *reciprocidade* de expectativas que a pessoa se atribui a si e aos outros (interlocutores individuais e instituições). A centração incide, inicialmente, nas elações personalizadas que expressam a afectividade do interlocutor. A significação relacional preponderante é o *ganho de aprovação*.

Mais tarde, a centração incide nas relações intitucionalizadas, que expressam os valores do sistema. A significação relacional preponderante é o *ganho de respeito social*.

(3) Centração na relatividade da norma.

As normas *societais* são convencionais (contratuais) e podem ser alteradas, para responderem aos *princípios morais* e direitos fundamentais, que protegem o indivíduo das eventuais arbitrariedades da sociedade. A significação relacional preponderante é o *ganho de autonomia*.

Há progressão entre centrações no sentido de uma cada vez maior globalidade, flexibilidade, complexidade e integração. Cada centração corresponde a um nível de desenvolvimento, contendo significações que virão, virtualmente, a ser transformadas e integradas no nível seguinte. No entanto, muitos sistemas significativos não se transformam, mas não deixando de existir pelo facto da pessoa aceder a outro nível. As significações que a pessoa utiliza num determinado contexto, podem pertencer a níveis diferentes. Há, assim, comunidade de significações de diferentes níveis e não exclusividade de um único nível. A pessoa não pode, no entanto, servir-se de significações próprias dos níveis a que não conseguiu chegar.

Estas mudanças, das significações do nível em que habitualmente a pessoa se situa para as significações de níveis inferiores, ocorrem tanto no desenvolvimento patológico como no normal.

"A coerência desenvolvimentista, entre as significações da pessoa, não é sempre

adaptativa ou desejável, face à incoerência das significações dos interlocutores. Mudanças de níveis de significação em função das significações dos outros permitem, muitas vezes, manter o equilíbrio e a harmonia relacional (Joyce-Moniz, 1992)".

O autor conceptualiza, à semelhança de Piaget (1972), dois tipos de movimentação entre significações de níveis diferentes: (a) *desfazamentos verticais*; e (b) *desfazamentos horizontais*.

Os desfazamentos verticais correspondem a movimentos dentro da mesma dimensão (e.g., metafísica, descentrante, normativa), e podem ocorrer de três formas:

- (1) regressão temporária para níveis inferiores, relativamente ao nível mais elevado a que a pessoa acedeu;
- (2) avanço ou recuo brusco para níveis diferentes daquele em que a pessoa se situa mais frequentemente;
- (3) utilização simultânea de níveis diferentes dentro do mesmo contexto, manifestando uma oscilação contraditória.

Os desfazamentos horizontais correspondem a movimentos entre os níveis correspondentes a duas, ou mais, dimensões diferentes, e podem ocorrer de duas formas:

- (1) utilização simultânea de níveis diferentes, comparando dentro do mesmo contexto, termo a termo, as respectivas dimensões;
- (2) utilização alternada de níveis diferentes comparando, dentro de contextos diferentes, termo a termo, as respectivas dimensões.

Para o autor, estes movimentos são menos frequentes nas significações sintomáticas de pessoas com distúrbios afectivos e da personalidade. Será essa tendência para a *coerência* sintomática que permite caracterizar este tipo de perturbações.

Como referido,

"... significações são actividades cognitivas dirigidas para um fim, o de interpretar ou explicar a realidade [...] as significações individuais equivalem a construções mentais, que se produzem de forma ordenada e inclusiva durante o desenvolvimento." (Joyce-Moniz, 1992).

Estas significações são adquiridas, pois, de forma progressiva e integrada, e a importância de cada uma vem, precisamente, da dialéctica que estabelece com as outras. Por seu lado, toda a dialéctica tem uma direcção de expansão, adaptativa ou sintomática. Assim, diferentes significações, tanto adaptativas como sintomáticas, e podendo ser características de diferentes níveis de desenvolvimento, concorrem entre si, visando tornarem-se *preponderantes*. As que o conseguem, emergem na consciência do indivíduo, quer de forma impositiva, quer através da atenção selectiva permanente de que são alvo entre o conjunto de conteúdos cognitivos que constituem a corrente do pensamento da pessoa.

Beck e Freeman (1990) explicam esta direcção dialéctica da significação em termos das *qualidades estruturais* de um esquema cognitivo:

(a) a sua densidade, ou predominância, relativamente a outros esquemas;

(b) o seu nível de activação, ou valência, num dado momento. Esta valência varia da *latência à hipervalência*.

Na concorrência entre significações, a que emerge para a consciência é, justamente, a que for mais hipervalente, ou com um limiar de activação mais alto, e de maior densidade ou proeminência. Essa será a significação mais frequentemente activada quando a pessoa se confrontar com qualquer acontecimento perturbador (e.g., que suscite dúvida ou provoque um conflito).

Assim, ascender a um nível de desenvolvimento implica que um determinado sistema de significações torna-se preponderante, relativamente aos dos outros níveis, com os quais entrou em competição por essa hipervalência. As significações dos níveis inferiores, no entanto, não desaparecem. Limitam-se a perder, por ora, importância relativamente às do novo nível. Assim, a própria psicopatologia cognitiva, tal como é conceptualizada por Beck nos seus trabalhos mais recentes (c.f., Beck e Freeman, 1990; Beck e Emery, 1985) afasta-se da dialéctica bipolar defendida anteriormente (ver capítulo II), ao conceptualizar uma competição multidimensional e auto-regulada entre esquemas cognitivos.

"Vulgarmente há um equilíbrio razoável nos modos respeitantes ao perigo, ameaça, valorização, e perda, de forma que, quando um deles é hipervalente

durante um período prolongado, um modo oposto é activado [...] Apesar das interpretações usuais provavelmente não se desviarem drasticamente da realidade, às vezes acontece que um modo torna-se tão dominante que a integração do 'feed-back' corrector é bloqueada [...] Este desequilíbrio é geralmente corrigido [...] Contudo, em psicopatologia, parece haver interferência com a interrupção do modo dominante ... " (Beck *et al.*, 1985, pp. 86)

As significações sintomáticas hipervalentes não se distinguem das adaptativas pelos respectivos conteúdos, mas pelas acções dialécticas que as mantêm. Contrariamente ao desenvolvimento adaptativo, o processo patológico ou sintomático caracteriza-se por uma ausência de equilíbrios *majorantes*. Em vez de progresso para uma abertura e flexibilidade cada vez maiores, há paragem e rigidez. Assim, é impossível responder, de uma forma adequada, aos conflitos e problemas.

"Contradições, distúrbios, desequilíbrios, etc., só podem ser definidos em termos de necessidades, ou reequilíbrios, que resultam daqueles. Não há circularidade, nem movimento contínuo de ruptura, mas uma construção *majorante* de significações da realidade. Uma espiral na qual a harmonia, a estruturação, a necessidade, a coerência *alternam* com a ruptura, a destruturação, a incerteza, a incoerência, expressando significações cada vez mais abertas, flexíveis e integadoras. Neste sentido, a intervenção (psicoterapêutica) visa fornecer uma experiência sistemática de conservação/integração e de ruptura/diferenciação acerca da realidade, e sobre as significações das significações... No desenvolvimento humano, movimentos de *destruturação* sucedem aos de *restruturação*, e vice-versa, numa sequência construtiva e majorante de transformações (Joyce-Moniz, 1989, pp. 64-65)".

O comportamento inadaptado ou a patologia resultam da ausência de equilíbrios majorantes durante o desenvolvimento. As acções dialécticas inadequadas, que estruturam as

significações sintomáticas, constituem repetições de processos dialécticos, apenas adaptativos no início do desenvolvimento. A perturbação advem da sua repetição nos períodos seguintes, nomeadamente durante a adolescência ou a vida adulta.

Na citação apresentada, o autor refere que a uma destruturação segue-se uma reestruturação, e a esta, de novo, outra destruturação, constituindo esta alternância, quando majorante, um processo de desenvolvimento adaptativo. "... a melhor forma de resolver um problema é criar outro problema que possa integrar o primeiro." (Joyce-Moniz, 1992). No comportamento perturbado, o que se verifica é a impossibilidade de criar esse outro sistema integrador.

Tanto o processo de destruturação como o de reestruturação podem incluir acções dialécticas deficientes, que permitem caracterizar a evolução patológica do distúrbio.

Essas acções dialécticas e a forma como se reflectem na depressão serão apresentadas mais adiante.

As psicopatologias cognitiva e a desenvolvimentista apresentam semelhanças e diferenças na forma como conceptualizam as significações adaptativas e sintomáticas. Como foi visto, a psicopatologia desenvolvimentista fundamenta-se na psicologia do desenvolvimento normal (e.g., socio-cognitivo), constituindo-se através de critérios de ordenação de conteúdos significativos. Assim, podem caracterizar-se níveis de significação progressivamente mais complexos. Foi igualmente referido que as significações adaptativas e sintomáticas distinguem-se pela dialéctica dos processos de hipervalência. Interessa salientar, de novo, que tanto para as significações adaptativas como para as sintomáticas, a passagem de um nível de significação para outro não leva a que as significações do nível anterior desapareçam. Essas significações ficam latentes, prontas a assumirem a hipervalência se os processos de destruturação e reestruturação assim o determinarem.

Assim, a psicopatologia desenvolvimentista desenvolve-se através da ordenação de níveis de sistemas significativos e da dialéctica que estrutura a hipervalência das significações características de cada síndrome. Na depressão, a significação predominante consiste na hiperdesvalorização das vivências ou do domínio da pessoa.

Importa salientar que mesmo num processo patológico podem ocorrer mudanças de níveis, mas apenas se, para além das significações sintomáticas e das acções dialécticas deficientes, a pessoa possuir, também, significações adaptativas e acções dialécticas majorantes. São estas que permitem a evolução para o nível superior.

A maior parte dos síndromes psicopatológicos surge durante a adolescência ou no início da vida adulta. No entanto, isso não significa que as significações sintomáticas de níveis inferiores não possam, eventualmente, surgir em escalões etários anteriores (e.g., infância ou puberdade). E evoluírem, de forma progressiva e descontínua. Esta evolução deve-se à dialéctica subjacente às significações adaptativas, que permite aceder a níveis mais complexos. Compreende-se, assim, que uma pessoa possa mudar de nível de significações inadaptables, ou seja, de um nível cujas significações sintomáticas são hipervalentes, para outro onde as significações hipervalentes são, também, sintomáticas. O grau de gravidade da perturbação depende da generalização das acções dialécticas deficientes que impedem a evolução, e não da qualidade ou da intensidade dos sintomas (Joyce-Moniz, 1992).

Joyce-Moniz (1992), procurou conceptualizar os distúrbios da disposição servindo-se deste modelo de psicopatologia desenvolvimentista e dialéctica. Nesta tese, importa referir, sobretudo, a sua conceptualização da depressão.

À semelhança dos psicopatologistas cognitivistas, e muito em particular de Beck (Beck *et al.*, 1979; Beck e Freeman, 1991), Joyce-Moniz considera que as significações hipervalentes para o depressivo são a *perda*, a *desvalorização*, e o *evitamento da possibilidade* de contrariar essas significações.

O modelo formalizado por este autor, e apresentado acima, apresenta três dimensões (e.g., metafísica, descentrante e normativa) que, numa perspectiva desenvolvimentista, podem ser, cada uma delas, resumidas a três grandes *centrações*. Entre essas centrações maiores, concebem-se movimentos que constituem centrações menores, de transição entre as primeiras. Uma conceptualização da depressão através dessas três dimensões, torna-se mais clara se o modelo-síntese apresentado for estendido de forma a englobar, também, essas centrações

menos importantes.

Assim, Joyce-Moniz (1989, 1992) concebeu um modelo dialéctico de cinco níveis de significação, a partir das dimensões referidas.

Estes cinco níveis, são apresentados nos Quadros 3-7. Ao longo desta introdução, proceder-se-á a uma análise mais detalhada das significações sintomáticas características de cada nível. Esta exposição será acompanhada por exemplos de auto-verbalizações representativas das significações sintomáticas de cada nível para as quatro temáticas estudadas neste trabalho.

Estas auto-verbalizações pertencem aos cinco personagens mulheres deprimidas, representando os cinco níveis do modelo, que, como se verá, integram a metodologia de dramatização videográfica utilizada no estudo:

(1) Fernanda; tem 27 anos, é casada, e este é o seu primeiro filho. Realizou, assim, uma grande aspiração da sua vida — ser mãe. A criança nasceu por cesariana, tendo sofrido uma fractura na perna esquerda. A actividade maternal constitui a razão exclusiva da sua existência.

(2) Teresa; tem 30 anos, é casada, e este é o seu segundo filho. As crianças têm quatro anos de diferença. Esta criança era desejada, mas não nesta altura da sua vida. Tem uma grande ambição — estudar e poder vir a ser economista:

(3) Ana; é a mais jovem destas cinco mulheres. Tem 19 anos, é casada, e este é o seu primeiro filho. Engravidou durante o namoro, tendo sofrido pressões para se casar, por parte dos pais e dos sogros. Vive em casa destes. A criança nasceu por parto normal, mas a Ana teve grandes hemorragias que a obrigaram a ficar algum tempo internada e sem possibilidade de cuidar do bebé.

(4) Luísa; tem 23 anos e é solteira, vivendo com os pais. Teve um rapaz. Tem como objectivo central propiciar ao filho as condições de desenvolvimento harmonioso e saudável.

(5) Conceição; tem 35 anos e é casada. Este é o seu terceiro filho, tendo tido um parto problemático. A criança nasceu em situação de risco. Este novo bebé exige dela mais atenção do que os dois filhos anteriores.

Finalmente, serão apresentadas as principais operações dialécticas responsáveis pela

manutenção da depressão, e as que procuram, se bem que de forma incompleta, ultrapassar a perturbação.

As significações hipervalentes da depressão, de acordo com o modelo, estão ordenadas por meio de níveis sucessivos de desvalorização das vivências e de consciência da perda dos domínios pessoais.

QUADRO 3
NÍVEL 1 DE DESENVOLVIMENTO DE SIGNIFICAÇÕES
SUBJACENTES À DISFORIA
(Em Joyce-Moniz, 1989, 1992)

NÍVEL 1. - ORIENTAÇÃO PRÉ-SOCIAL: AMORALIDADE E ANOMIA

Perda de protecção, como significação disfórica predominante. Desvalorização do domínio pessoal centrada na separação, actual ou potencial, de pessoas protectoras ou figuras de autoridade; ou na perda de haveres concretos ou aparências figurativas. A pessoa evita qualquer possibilidade de ter de contar só com ela própria.

No nível 1 (ver Quadro 3), a depressiva acredita que as pessoas de quem depende, já não querem saber dela, ou pretendem afastar-se. Este é o tema central depressogénico deste nível. O abandono de que é alvo, ou dos projectos que tinha, é justificado pelas atitudes concretas da pessoa (e.g., "Estou para aqui sózinha... À espera que alguém se lembre de mim... Mas é como é! Mais valia que estivesse a trabalhar... Pelo menos estava a fazer alguma coisa... Agora nem o meu marido repara em mim... As poucas vezes que está em casa...", "Mas com ele, nem pensar em ir agora trabalhar... Ainda era capaz de dizer que eu queria mal à miúda... E eu não posso aguentar isso!... Já nem sei quem sou!...")

Pode considerar que não consegue olhar pela família, ou que se tornou uma má mãe, ou esposa, porque não providencia com o que considera indispensável para o bem estar ou

protecção dos que lhe estão próximos. As acções instrumentais ou os bens materiais são vistos como fundamentais para o bem-estar dos que o rodeiam. A sua falta conduz aos sentimentos de culpa e remorso (e.g., "Mas há alguma coisa que eu te saiba fazer como deve ser?... ", "Tem de ser grave para estares assim... E a culpa é toda minha, que não sei tratar de ti... Vou ficar sem a minha menina!")

A depressiva tem grande dificuldade em descentrar-se das condições, reais ou potenciais, de abandono e isolamento. Assim, será difícil antecipar que essas condições possam ser modificadas. O passado, o presente e o futuro apresentam-se misturados ou confundidos. Tem, também, grande dificuldade em compreender a ligação entre o determinante da situação negativa e os seus efeitos. A situação é desesperada porque nada pode mudar. As suas acções tendem a desviar-se das adequadas, pela procura de confirmação das antecipações negativistas. O que se pode, mesmo, reflectir nos cuidados que dispensa a si própria, ou no desinvestimento que faz em situações ou actividades que exijam esforço (e.g., "É mesmo assim que tem de ser... Mais, que *deve* ser...! ... És mulher e basta!... Até parece que não tens o exemplo da tua mãe! Amoxa, amoxa sempre... É para isso que as mulheres existem... Para amoxar e dar filhos!...")

Apesar de poder continuar a perspectivar um futuro negativo, e a não conseguir ligar outras consequências para a mesma causa, só a modificação das condições de protecção, afectiva e material, poderá ter sucesso na remissão desta perturbação.

As significações de abandono, ou de poder contar apenas consigo própria, são geralmente absolutistas, exageradas ou dicotómicas (e.g., "Mas para que é que estou agora a chorar?... Ele já fez o seu trabalho... E eu?... Já fiz o meu?... Nem o leite da minha filha arranjei... Nem dela sei cuidar... Ponho-me com estas coisas e esqueço-me de que ela está primeiro!", "Nem o João me ajuda... Mas porque é que ele havia de me ajudar?... Sou má mãe... Má dona de casa!...")

Neste nível, as reacções disfóricas e as ansiogéneas aparecem conjuntamente com alguma frequência.

QUADRO 4
NÍVEL 2 DE DESENVOLVIMENTO DE SIGNIFICAÇÕES
SUBJACENTES À DISFORIA
(Em Joyce-Moniz, 1989, 1992)

NÍVEL 2. - ORIENTAÇÃO INSTRUMENTAL: DUALIDADE E HETERONOMIA

Perda de oportunidade, como significação disfórica predominante. Desvalorização do domínio pessoal centrada na actual ou potencial maximalização de perdas e minimalização de ganhos; ou na perda de haveres concretos ou aparências figurativas, que podem ser medidas e não apenas nomeadas. A pessoa evita qualquer possibilidade de desviar dos seus interesses e necessidades hedonísticos.

No nível 2 (ver Quadro 4), a pessoa evita todas as situações que lhe podem dar prazer. Reage com desprezo à satisfação dos outros. No entanto, sente-se mal por não conseguir obter satisfação da vida, ou por ser impossível ter novas oportunidades de voltar a beneficiar dessas fontes de prazer (e.g., "Mas eu não tenho qualquer importância... Gorda... Sem roupa em condições... Sem dinheiro para as comprar... Sempre a discutir contigo e a gritar com as crianças!...").

Ao mesmo tempo que recusa obter satisfação, queixa-se de não a poder obter. Os sentimentos hedonistas da depressiva podem, contudo, conduzi-la a procurar novas oportunidades para satisfazer os interesses e desejos. Mas o mínimo obstáculo leva-a a desistir dessa iniciativa, confirmando o seu negativismo (e.g., "Mas tu nunca mais te calas?... Vais para o berço... Ponho-te um supositório e ficas lá até te calares... Não sei o que se passa comigo... Às vezes tenho é vontade de largar isto tudo... Para que é que eu sirvo se nem mãe consigo ser?... Estarei a ficar maluca?...").

A perda de haveres ou bens materiais, restrições dos domínios pessoais, problemas financeiros, além de uma diminuição do vigor físico ou do aparecimento de uma incapacidade funcional, constituem algumas das significações preponderantes neste nível (e.g., "Aí está!... Eu também podia um dia vir a estar ali... Se tudo tivesse corrido bem, estava agora a acabar o

curso... Ou já o podia mesmo ter acabado e estar a trabalhar... Mas não!... Isso não é para mim... é só para os outros!... Maldita vida!...").

A convicção de que está a ser enganada, ou impedida de atingir os seus objectivos, pode levar a depressiva a manifestar cólera e disforia (e.g., "Às vezes tenho é vontade de... Sei lá de quê... De partir tudo... De bater em toda a gente... De poder voltar com o tempo atrás... Sei lá!..."). A pessoa é muito sensível à diferença entre o que espera receber dos outros e o que efectivamente recebe. Na situação de abandono, a culpa é atribuída aos outros (e.g., "Mas tu ainda aí estás?... Podias ao menos ter ido lavar a louça... Ou qualquer coisa dessas!... Tenho de ser eu a fazer tudo!... Eu devia era estar a estudar para ser alguém... E não estar aqui a fazer de criada... Mas isso não é para mim.", "Vocês não têm culpa nenhuma disto... Mas eu também vos acuso a vocês... Porque é que nasceram?...").

QUADRO 5
NÍVEL 3 DE DESENVOLVIMENTO DE SIGNIFICAÇÕES
SUBJACENTES À DISFORIA
(Em Joyce-Moniz, 1989, 1992)

NÍVEL 3. - ORIENTAÇÃO PRÓ-SOCIAL: MULTIPLICIDADE E SOCIONOMIA (CONFORMISMO RELACIONAL)

Perda de aprovação, como significação disfórica predominante. Desvalorização do domínio pessoal centrada na censura/desaprovação, actual ou potencial, por pessoas afeiçoadas; ou na perda de haveres sociais e aparências convencionais. A pessoa evita qualquer possibilidade de desapontar as expectativas dos outros em relação a ela própria.

O nível 3 (ver Quadro 5), caracteriza-se pelos sentimentos depressogêneos serem quase sempre a consequência da percepção pessoal de uma mudança negativa nas relações, ou da não concretização de relacionamentos intensamente esperados (e.g., "Para ser eu a fazer tudo mais valia ter ficado solteira! ... É mesmo verdade!... Já não me liga nenhuma... Ele

gostava tanto de mim... Estava sempre a dizer que eu era a sua coisinha fôfa... Mas nem me deu um beijo quando chegou!..."). A pessoa pode também considerar que não é capaz de investir em termos afectivos. O depressivo, estima necessitar de assistência psicológica, mais do que de protecção concreta.

A situação de abandono coloca em causa a auto-estima e a capacidade de envolvimento relacional. A pessoa atribui-se toda a responsabilidade pelo insucesso relacional (e.g., "Desculpa... tenho estado muito enervada e ando muito cansada... Eu é que não presto... Nem mesmo para mulher!...").

A desesperança e o negativismo são muito fortes, não deixando o depressivo descentrar-se da sua condição de vítima (e.g., "Mas porque é que não lhe posso dar de mamar ao peito?... Porque é que não há um leite que ele possa beber, sem lhe fazer mal?... Porque é que nada me corre bem?", "Como é que posso ser boa mãe se ainda sou tão nova?... Pelo menos é o que diz a tua avó!... Se ela me desse uma ajuda em vez de dizer essas coisas... Mas eu não tenho coragem de lhe pedir... Ainda ficava a pensar pior de mim... E era capaz de começar a dizer a toda a gente que tem uma porcaria de nora!..."). Além disso, evita envolver-se em novos relacionamentos.

A reacção emocional mais comum é a disforia. A pessoa é muito sensível à sua aparência exterior, considerando que qualquer modificação poderá levar a críticas ou afastamento por parte dos outros (e.g., "As roupas que eu levava para a escola... Estão todas aí... E algumas são bem bonitas... Mas eu já não sou uma menina de escola... Já não posso ser... Pelo menos por agora... Não, nunca mais!... Havia de ser uma revolução cá em casa."). As auto-atribuições são, sobretudo, depreciativas (e.g., "Mais a mais quando nasceste ficaste sózinho... Não pude ficar contigo ao pé... Bela mãe!...").

QUADRO 6
NÍVEL 4 DE DESENVOLVIMENTO DE SIGNIFICAÇÕES
SUBJACENTES À DISFORIA
(Em Joyce-Moniz, 1989, 1992)

NÍVEL 4. - ORIENTAÇÃO PRÓ-SOCIAL: MULTIPLICIDADE E SOCIONOMIA (CONFORMISMO INSTITUCIONAL)

Perda da ordem social, como significação disfórica predominante. Desvalorização do domínio pessoal centrada na ausência, actual ou potencial, de responsabilidade e dever convencionais; ou na perda de haveres sociais e aparências convencionais, que podem ser institucionalizadas para além da valorização interpessoal. A pessoa evita qualquer responsabilidade de quebrar regras sociais e desviar-se da consciência convencional

Neste nível 4 (ver quadro 6), a pessoa avalia a razão da sua existência em função dos valores e das normas sociais. Uma vez perdidos, o deprimido vive uma crise existencial profunda (e.g., "Ele não tem razão... não pode ter... Mas se calhar tem mesmo... A lei não o pode obrigar a mais nada... Já deu o nome ao filho... Mas será que ele não compreende que ser uma família é muito importante?... Eu é que já não sou importante... E já não sei o que é que posso fazer mais!..."). Estes valores prendem-se, sobretudo, com a posição social, ou institucional, que ocupava, ou gostaria de ocupar. Para a pessoa deste nível, nada valeu a pena, e todos os esforços foram inúteis. Pode não ter conseguido concretizar os projectos e as ambições de realização pessoal. As situações negativas associadas às actividades sociais são vistas como perda de eficácia, ou de capacidades mentais.

Os projectos e as ambições pessoais não concretizados têm como objectivos a obtenção de mérito, o sentido do dever, o respeito por si e pelos outros. Assim, a pessoa sente-se diminuída, social e/ou intelectualmente, aos seus olhos ou aos dos outros (e.g., "Para ele já nada mais conta... E eu?... Já não sou nada?... Possivelmente não... Já não devo prestar... Pelo menos é o que ele deve pensar... E eu também... Todos pensam dessa maneira... Porque quebrei as regras do jogo e agora não posso jogar mais!"). Percepção da sua vida como desperdiçada, não tendo conseguido desempenhar adequadamente um papel, ou atingir um

objectivo. A pessoa evita iniciar outros projectos, que são vistos como condenados ao fracasso. A auto-crítica é intensa, levando aos sentimentos de culpa. A responsabilidade da depressiva, e os sentimentos de culpa que a acompanham, estão, neste nível, enquadrados por expectativas ou deveres impostos pela sociedade (e.g., "Não ser boa mãe... Não saber tratar de ti... Estar sozinha... E a culpa é apenas minha... Não foi para estares assim que tu nasceste... Tens o direito de ser bem tratado... E eu tenho de ser uma mãe como as outras... Mas eu já não sei sequer como eu sou... E tu precisas de alguém que não te faça sofrer... Eu mereci ser abandonada!...").

QUADRO 7
NÍVEL 5 DE DESENVOLVIMENTO DE SIGNIFICAÇÕES
SUBJACENTES À DISFORIA
 (Em Joyce-Moniz, 1989, 1992)

NÍVEL 5. - ORIENTAÇÃO PÓS-CONVENCIONAL: RELATIVISMO E AUTONOMIA

Perda de autonomia, como significação disfórica predominante. Desvalorização do domínio pessoal centrada na actual ou potencial "crise existencial" (relativismo metafísico); ou em haveres abstractos e metaconhecimento. A pessoa evita qualquer possibilidade de questionar, ou reavaliar, princípios de individualidade, autonomia, justiça, criatividade, etc..

O nível 5 (ver quadro 7), é caracterizado, fundamentalmente, pela vivência de crises existenciais. A depressiva questiona-se, de uma forma sistemática, sobre o significado da vida (e.g., "Mas quem sou eu afinal?... O que é que faço neste mundo?... Já fui uma profissional competente... Tenho uma vida sem dificuldades financeiras... Já fui mãe três vezes..."). Os valores que perdeu dizem respeito à verdade, justiça, ou solidariedade. Todos os aspectos

privilegiados nos níveis anteriores, como sejam a protecção, a carreira, ou a relação conjugal, são relativizados em função de princípios ético-existenciais. Sem esses princípios, a vida não faz sentido. Esta sensação de vazio e de desapontamento podem advir da não confirmação destas expectativas valoradas a um nível abstracto.

A pessoa não empreende qualquer projecto de vida, porque estima que nada mudará, pelo menos significativamente. Compreende que podem existir várias alternativas, mas considera que nada de fundamental poderá ser alterado.

A depressiva procura que as suas atitudes e emoções sejam congruentes com estes princípios. A auto-crítica prende-se com a percepção de que a pessoa não atinge esta concordância. A sensação de poder, se quiser, mudar o destino, e sair da situação depressiva, leva a um aumento da auto-crítica. Sabe que pode fazer, mas não faz (e.g., "Nunca vi pessoa tão contraditória... Tão depressa digo que não estou bem, como desculpo toda a gente... Tão depressa digo que não posso continuar a fazer sofrer a minha família, como me recuso a pensar nisso... Assim fico cada vez mais presa... cada vez menos eu... Já não sirvo para nada... Já não sirvo para mãe!..."). A responsabilização pelos outros pode, também aqui, levar a sentimentos de culpa, por vezes com conotações de tipo megalómano (e.g., "Possivelmente, eu é que estou a ser injusta... Ele também trabalha demais... Faz o que pode... Quem me dera poder voltar a trabalhar... As responsabilidades ficavam, assim, melhor divididas... E metade dos nossos problemas desapareciam... Mas como é que eu posso sequer pensar em trabalhar?... Que espaço é que eu tenho para isso?... Isto é a mesma coisa que a história do ovo e da galinha... O que é que se deve fazer primeiro?... Por onde se deve começar?... Vou largar agora as crianças?... Principalmente o mais pequenino?").

Nestes cinco níveis, as reacções depressivas estão incluídas em áreas sintomáticas semelhantes. No entanto, as significações prevalentes são progressivamente mais complexas e integradoras.

Nesta tese, consideram-se apenas algumas das acções dialécticas formalizadas por Joyce-Moniz (1989, 1992), ligadas ao processo de reestruturação. Estas acções representam, sobretudo, processos de confronto, efectivo ou tentativo, com a perturbação. No entanto, as significações sintomáticas das mulheres deprimidas são igualmente estruturadas por acções

dialécticas deficientes relacionadas com o processo de destruturação. Assim, na secção seguinte, serão apresentadas e exemplificadas as acções que caracterizam estes dois movimentos de destruturação e reestruturação.

A *destruturação* constitui um movimento dialéctico que abre a possibilidade de colocar em competição significações mais reversíveis, flexíveis e integradoras. Quando deficiente, pode levar à hipervalência de significações sintomáticas perturbadoras.

São três, as acções deficientes da destruturação: *indiferenciação*, *descoordenação* e *estagnação*.

(A) *indiferenciação*. A pessoa não distingue entre as significações, que se auto-atribui, e as que são atribuídas aos outros. Ou não diferencia as suas próprias atribuições umas das outras. Há hipervalência das significações referentes ao organismo ou às acções da pessoa, mas sem haver lugar para qualquer processo que as destrua. Na depressão, esta acção pode conduzir a delírios de culpa e despersonalização (e.g., "Se calhar está com dores de barriga... Se calhar não lhe preparei bem o leite... Eu nunca devia ter tido esta criança... Com esta porcaria que tenho no peito... Estes malditos quistos... Eu não devia dar-lhe de mamar... Mas ela não tem culpa!...").

(B) *descoordenação*. Refere-se às significações da pessoa, consideradas de forma individualizada, ou molecular. Cada uma funciona como um todo, e está ligada à acção instrumental. Pode manifestar-se de três formas complementares:

1. *desordenação*. Não existe qualquer critério que possibilite situar as significações umas em relação às outras. Esta acção impede a ocorrência de uma hipervalência minimamente estável (e.g., "Mas porque é que tu apareceste?... Porque é que eu não fiz um aborto?... Mas eu não importo... O bebé é que não pode sofrer com isso!"). Se tal sucede, a hipervalência é aleatória e momentânea. Na depressão, esta acção é característica da sensação de auto-destruição, da agitação motora e do delírio de culpa e despersonalização (e.g., "Estou a dar cabo de mim e do bebé e isso não está certo... Não está certo!").

2. *desvio*. Mudança súbita e desarticulada de uma significação momentaneamente hipervalente. Essa mudança pode não retirar a predominância à significação anterior, ou reforçá-la. Na depressão, reflecte-se na distração e na falta de

concentração (e.g., "Tu estás a chorar e eu estou é preocupada com os meus problemas... E não te estou a ligar nenhuma... Mas tu também não me dás nenhum intervalo!...").

3. *fusão*. Consiste numa amálgama de significações, umas nas outras, impossibilitando qualquer hipervalência significativa. Este sistema de significações constitui um todo, que se encontra estruturado de forma confusa, sem coordenação entre as partes e o todo, confundindo-se o *agora* com o *depois*, ou o possível com o necessário. Quando as significações são atribuídas ao próprio, esta acção aproxima-se da indiferenciação. Na depressão, surge como uma assimilação do presente, do passado e do futuro, e um vazio existencial (e.g., "Histórias... Só histórias... Não sei o que é que estes jornalistas pensam que fazem... Como se existissem mulheres como as que eles apresentam nestas reportagens... Mulheres que têm a sua vida própria... Que têm a sua profissão e são activas... Como eu também já fui!...").

(C) *estagnação*. Implica uma ausência de transformações dos sistemas hipervalentes, ou uma paragem em significações inadaptativas, impedindo qualquer forma de evolução. Apresenta duas formas complementares:

1. *rigidez* ou persistência de uma significação hipervalente, passível de ser mantida incessantemente: Nesta forma, não há qualquer tipo de destruturação, não podendo haver competição entre significações. Consequentemente, o mesmo sistema mantém-se hipervalente de forma imutável. Na depressão, esta acção está ligada ao imobilismo, à apatia, à melancolia e à recusa de ou adesão à decisão (e.g., "Assim nunca hei-de ser alguém... Só se o mundo der uma grande volta... Mas eles têm-me ajudado tanto... Não os posso desapontar... Tenho de fazer um esforço para ser como eles querem!...").

2. *inibição* ou predominância de um sistema de significações, que afasta a pessoa da dialéctica com o mundo ou com ela própria. A hipervalência deste sistema ocorre por exclusão sistemática de outras significações, potenciais concorrentes. Na depressão, este tipo de dialéctica conduz ao vazio mental, à passividade e ao evitamento (e.g., "Mas com ele, nem pensar em ir trabalhar agora... Ainda era capaz de dizer que eu queria mal à miúda... E eu não consigo aguentar isso!... Já nem sei quem sou eu!...").

O processo de reestruturação, que completa o de destruturação, ultrapassa os conflitos e os elementos que causam a perturbação, permitindo a hipervalências das significações adaptativas. Como referido, também pode apresentar algumas deficiências. Estas são de dois tipos: *centração circular* e *tentativa de reestruturação*.

(A) *centração circular*. Nesta, o processo avaliativo ou valorativo das significações não é suficiente. Há uma imposição unilateral da hipervalência de uma única significação, não levando em conta as valências de outras significações, que com ela competem. Esta imposição conduz à fixação, fazendo com que a significação hipervalente seja constantemente repetida, e impossibilitando qualquer transformação ou evolução. Esta acção parece ser a mais importante na depressão. Apresenta três formas distintas:

1. *centração negativa*. Consiste na hipervalência de uma significação contrária a todas as outras significações. Na depressão, esta acção conduz à desvalorização e à baixa auto-estima, ao negativismo, à culpabilidade e à auto-crítica, à desesperança e a uma visão pessimista do futuro, à passividade motora, à recusa de satisfação de necessidades básicas, e à ideiação suicida. A visão negativa do mundo, do futuro e de si, são significações dependentes deste tipo de centração; (e.g., "E se ela tem febre?... É capaz de ser qualquer coisa de grave e pode pegar isso ao irmão... Eu não vou conseguir aguentar uma doente, quanto mais os dois... E depois, que é que eu lhes faço?... Não posso contar com o meu marido... Já não presto para nada!..."). Estas significações conduzem à tristeza que, por sua vez, reforça a sua hipervalência, caindo-se assim num ciclo vicioso de que a depressiva tem dificuldade em sair.

2. *inclusão*. Consiste na hipervalência de uma significação que integra completamente, no seu sistema, todas as outras significações reestruturantes. Na depressão, origina juízos absolutos e generalizações excessivas, magnificações, e uma visão negativa do futuro. O depressivo tende a exagerar as consequências negativas dos acontecimentos para as e integrar numa única classe, e, assim, avaliá-los de forma absolutista (e.g., "Eu é que não presto!... Má mulher!... Má mãe!... O que é que me falta para ser má em tudo?... Se calhar, pensar que sou mais do que aquilo que sou!..."). O que importa é anular todas as significações, que possam contrariar a que é hipervalente. A antecipação pessimista do futuro está ligada à acção conjunta das centrações negativa e inclusiva, que perpetuam as

significações de negativismo.

3. *ambivalência*. Consiste na alternância, circular, de dois sistemas de significações hipervalentes e, geralmente, em oposição. Estes dois sistemas afastam todas as outras significações reestruturantes ou destruturantes. Na depressão, caracteriza o conflito entre independência pessoal e dependência na acção de outrem, ou entre dependência e egoísmo, ou ainda entre descontrolo e isolamento social. Esta acção está implicada na recusa de satisfação das necessidades e desejos da depressiva, ou ainda na tendência, sempre contestada pela pessoa, de se "sacrificar" pelos outros (e.g., "Para usar a prata da casa... Enfim, para aqui continuar com o meu bebé e o meu marido... É isso que toda a gente espera de mim... Mais uma mulher/esposa/mãe como tantas outras!...").

(B) *tentativa de reestruturação/compensação*. Nas tentativas de compensação, pretende-se que as acções sejam majorantes, reestruturantes. No entanto, estas podem não atingir a reversibilidade necessária para fechar o sistema. São *tentativas*, porque contemplam a possibilidade de não serem suficientes para evitar/prevenir a ocorrência do conflito ou do problema. São *flexíveis*, porque podem transformar-se noutras acções, ou combinar-se com elas, em caso de insucesso. Para este movimento dialéctico, Joyce-Moniz (1989, 1992) conceptualizou quatro tipos diferenciados de acções:

1. *inversão*. Esta acção corresponde à antecipação da anulação das significações hipervalentes no conflito, através da tentativa de activação de um sistema de significações contrárias. Na depressão, corresponde a uma mudança na explicação causal da perturbação (e.g., "O melhor é não me deixar ir abaixo com tudo isto... Não ajuda nada... Não é por estar a queixar-me, que me cai do céu o diploma... Ou mais dinheiro... O melhor a fazer é ir fazendo aquilo que tenho que fazer... Estas tristezas não as vão fazer por mim...", "Lá estou eu sempre com a mesma coisa... Sempre a remoer estes pensamentos... Isto não me leva a lado nenhum... Não sou só eu que tenho a culpa disto").

2. *identidade*. Corresponde à antecipação da anulação das significações hipervalentes do conflito, através da activação de um sistema que nega essa hipervalência (i.e., negação da negação) (e.g., "Mas isto é um autêntico martírio... Estou eu para aqui a lamentar-

-me sabendo que não serve para nada... Sou eu que sou assim... Sempre fui assim... Nada me poderá fazer mudar!...").

3. *reciprocidade*. Corresponde à antecipação da integração das significações do conflito por meio da activação de um sistema de compromisso ou coordenação de dois sistemas de significações contrárias. Na depressão, reflecte-se no benefício da dúvida por mal menor (e.g., "Mãe solteira... É o que eu sou... Nem sei porque é que isso me faz sentir tão mal!... É uma situação em que vivem muitas outras mulheres... O mais provável é que, se me casasse, a vida podia vir a ser um inferno... O casamento não é necessariamente a solução!...").

4. *exploração proposicional*. Corresponde à antecipação da transformação inferencial, através da sua integração num sistema mais global, de exploração. Na depressão, reflecte-se no benefício da dúvida através da procura de alternativas (mas sem as implementar) (e.g., "Gostava de poder perguntar a alguém como é que se fazem as coisas... Sei lá... Talvez às enfermeiras do hospital... Ou ler algum livro sobre como cuidar de crianças... E eu também não lhe hei-de fazer tanto mal assim!...").

Deste modo, a angústia e o desespero do deprimido podem levá-lo a fazer tentativas de compensação da perturbação, ou seja, das respectivas significações sintomáticas, antecipando que podem ser anuladas, banalizadas ou transformadas.

A atribuição da depressão a causas externas constitui um bom exemplo de como pode funcionar a *inversão*. Para Joyce-Moniz, os níveis 2 e 5 parecem comportar significações particularmente susceptíveis de mudança por meio de tentativas de compensação. No nível 2, existe frequentemente uma tentativa de procurar uma nova oportunidade para satisfazer as necessidades próprias, por meio do estabelecimento de um compromisso com o meio (*compensação por reciprocidade*). Na sua tentativa de compensar as perdas com alguns ganhos, a depressiva deste nível procura estabelecer um equilíbrio entre o positivo e o negativo que não lhe seja muito prejudicial (compromisso por mal menor).

No nível 5, a actividade meta-cognitiva da pessoa leva-a a analisar de forma sistemática e repetida as suas razões (*compensação por exploração proposicional*), mesmo que conclua que nada pode fazer.

Naturalmente, estas várias acções dialécticas podem ocorrer isoladamente. Mas,

muitas vezes, umas apresentam-se como coadjuvantes de outras, contribuindo em conjunto para a manutenção das significações sintomáticas.

3. Depressão puerperal na população portuguesa: necessidade da sua caracterização

Os estudos sobre a depressão pós-parto têm sido realizados, como referido, sobretudo com populações anglo-saxónicas. Esporadicamente, surgem na literatura trabalhos realizados com outras populações, nomeadamente africanas e orientais. Como foi também mencionado, a população portuguesa só muito recentemente começou a ser alvo de estudos mais sistemáticos desta perturbação (Pires, 1990; Tavares, 1990). Contudo, estes trabalhos têm sido muito específicos e pontuais, não tendo sido dada a devida atenção ao modo como esta perturbação evolui, no tempo, no caso das mulheres portuguesas. Uma conceptualização, que se pretende desenvolvimentista, não pode ignorar as características particulares da população a que se dirige. De facto, o processo de desenvolvimento, normal ou patológico, é conceptualizado como respeitando vários critérios universais (e.g., ordenação sequencial, evolução para níveis progressivamente mais integradores, etc.). No entanto, as estruturas e os processos, que enquadram este desenvolvimento, não estão isentos de conteúdos particulares.

Nesta tese, tentou-se caracterizar, se bem que não tivesse constituído um objectivo central, a população sobre a qual incidiu a intervenção clínica. Como será visto no capítulo seguinte, procedeu-se a uma avaliação de algumas características psicológicas das mulheres portuguesas, nos três meses que sucedem o parto.

4. Modelos preventivos na depressão pós-parto

Como referido no capítulo I, a depressão pós-parto é, sem dúvida, uma perturbação muito previsível. Ou seja, a sua ligação ao nascimento de um bebé permite antecipar que a mãe possa vir a desenvolver, com uma probabilidade relativamente alta, reacções depressivas durante o puerpério. Assim, é natural que a sua prevenção constitua uma necessidade, senão um imperativo. Durante a gravidez, a mulher encontra, ainda, alguma disponibilidade para acolher as iniciativas do profissional de saúde, visando informá-la dos procedimentos associados ao parto, e dos eventuais problemas que daí podem advir. Mas terá disponibilidade

para antecipar hipotéticos problemas emocionais, e envolver-se em actividades que procurem evitar a sua ocorrência?

Uma bactéria, ou um vírus, são elementos que já fazem parte da representação mental, ou do imaginário da doença. E, de uma ou de outra forma, poucas pessoas poderão dizer que nunca estiveram doentes. Assim, o contacto com a doença faz parte da experiência de praticamente toda a gente. Mas nem por isso os programas de prevenção da doença atingem níveis de adesão desejáveis. Deste modo, como esperar que programas de prevenção de reacções emocionais possam ter impacto na população? Existe uma crença, partilhada por muita gente, que mina essa possibilidade: "Isso a mim não me acontece... *só acontece aos outros*". E, no entanto, o número de potenciais depressivas pós-parto é muito elevado, sem que se consiga, ainda hoje, despistar de forma convincente, as populações de risco.

A própria ideia de prevenção da depressão pós-parto tem sido criticada. Para alguns autores, mas também para algumas mulheres que se deprimiram no puerpério (c.f., Comport, 1990), os programas preventivos são mais prejudiciais do que não fazer absolutamente nada. Parte-se da asserção de que o facto da mulher se ver confrontada, por antecipação, com situações em que nunca teria pensado, pode levá-la a criar as condições que promovam a própria reacção emocional inadaptativa.

Esta crítica não impediu, no entanto, o desenvolvimento de alguns (poucos!) programas preventivos. De uma forma geral, os resultados são positivos. Coloca-se, no entanto, uma outra questão. Se a depressão puerperal tem, geralmente, o seu início entre a quarta e a sexta semanas depois do parto, qual o melhor momento para implementar o programa preventivo? Não existe ainda consenso na resposta. Dos programas de prevenção revistos nesta tese, alguns têm lugar no final da gravidez, outros durante o período de internamento na maternidade. Estes últimos, aliás, limitam-se a implementar uma série de recomendações muito concretas e pragmáticas, envolvendo, por exemplo, reorganizações do espaço arquitectónico da instituição hospitalar.

Poucos programas se dirigiram às significações que as mulheres têm acerca da maternidade. Nesta perspectiva, podem conceptualizar-se dois níveis de prevenção. O primeiro, a que pode chamar-se prevenção primária, tem por objectivo a maximização da

capacidade de confronto com as situações associadas ao puerpério e a minimização da perturbação emocional. Parte-se do princípio que as mulheres não têm qualquer tipo de treino ou aprendizagem sobre a maternidade. É, assim, natural que a representação deste processo esteja recheada de crenças, que em nada a vão ajudar no futuro. As temáticas estudadas nesta tese reflectem alguns desses *mitos*, nomeadamente os que dizem respeito ao papel de mãe, e aos cuidados a dispensar ao bebé.

A segunda perspectiva de prevenção, a que pode chamar-se secundária, passa por uma identificação, nas primeiras semanas pós-parto, das mulheres que apresentam maior probabilidade de incorrer na sintomatologia depressiva. Pretende-se evitar, sobretudo, o agravamento do estado depressivo. O estudo aqui apresentado insere-se nesta perspectiva de prevenção secundária.

A intervenção propriamente dita tem, assim, lugar já nas primeiras semanas depois do parto, não sendo necessário esperar pelo estabelecimento de uma sintomatologia mais grave, ou por uma consolidação do estado patológico. Ou esperar que a mulher se dirija ao psicoterapeuta em busca de auxílio, quando o seu estado emocional se torna insuportável.

A adopção de uma perspectiva de cariz preventivo versus remediativo para a depressão pós-parto prende-se, também, com as consequências que este tipo de perturbação tem, não só para a mãe, como para a criança e o agregado familiar. A depressão puerperal não pode ser considerada como uma perturbação individual, mas sim *sistémica*. Tome-se, como exemplo, as consequências sobre a relação mãe-criança, quando a mulher está já deprimida. Durante semanas, ou meses, esta relação encontra-se perturbada, com consequências negativas importantes numa fase crucial do desenvolvimento do bebé.

Por último, mas não menos importante, surge a questão da autonomia da mulher, quando é confrontada com um programa preventivo, ou com uma intervenção remediativa. Por mais flexível e aberto que um sistema remediativo possa ser, existe sempre um componente de dependência entre a paciente e o psicoterapeuta. Quanto mais não seja, pela representação que a paciente tem sobre a relação "médico-doente".

Um modelo preventivo pode ser, também, muito impositivo para a mulher, mas de forma geral não é esse o caso. A mulher tem plena liberdade de seguir, ou não, as propostas

de prevenção. Estas propostas são essencialmente didácticas e visam ensinar a mulher a pensar e a agir de forma mais adaptativa, controlar as suas emoções, ou a modificar as condições depressogéneas. Deste modo, a maioria dos programas preventivos da depressão puerperal incidem, entre outras, nas áreas relacionadas com a vida familiar, o desenvolvimento infantil, os cuidados a dispensar ao bebé, ou as necessidades emocionais da mulher (Atkinson e Rickel, 1983; Carbary, 1982; Harrison e Hicks, 1983, Kleinberg, 1977).

5. Intervenções didácticas racionalista e construtivista

Uma das características mais importantes dos modelos comportamentais-cognitivos e cognitivos de psicoterapia e, em particular, os que se dirigem à depressão, diz respeito à sua orientação *didáctica*. O objectivo da intervenção é confrontar o paciente com formas diferentes, mais adaptadas, de pensar sobre os seus problemas emocionais. Os vários modelos expostos no capítulo anterior têm, todos, um cunho didáctico muito acentuado. Uns orientam-se no sentido de uma didáctica para a *acção* (c.f., Lewinsohn, Rehm, Seligman); outros de uma didáctica para a *cognição* (c.f., Beck); outros ainda de uma didáctica para a *metacognição* (c.f., Guidano, Kegan). O modelo que fundamenta este estudo encontra-se orientado para uma didáctica para a *metacognição e a construção* (c.f., Joyce-Moniz, 1989).

Como referido, para as perspectivas racionalistas, as significações individuais têm primazia sobre as emoções e os comportamentos. Ou seja, a reacção emocional a um dado acontecimento depende da forma como esse acontecimento é percebido subjectivamente pelo indivíduo. A didáctica racionalista visa fazer compreender ao paciente essa dependência emocional e atitudinal em relação aos processos cognitivos. Só após a identificação dos processos significativos disfuncionais, é que se dá início à sua reestruturação, através de estratégias racionalizantes ou "testes" empíricos.

A didáctica construtivista também visa a identificação das significações individuais sintomáticas. No entanto, estas são estruturadas de acordo com o processo de desenvolvimento socio-cognitivo. A sua modificação está subordinada à sequenciação desenvolvimentista e à capacidade de construção da pessoa. Para atingir esse objectivo, o

processo interventivo procura facilitar a actividade metacognitiva do paciente (Joyce-Moniz, 1989). Quer isto dizer que o paciente é exposto a procedimentos reflexivos, inclusivos e teleonómicos (i.e., multidireccionados), que lhe permitem construir novas formas significativas, progressivamente mais abertas, flexíveis e auto-reguláveis. Nos níveis de reflexão superiores, a actividade meta-cognitiva traduz-se, pois, pela sistematização de significações de auto-regulação(i.e., que engendram processos de *feedback* e *feedforward* que permitem a sua abertura e modificabilidade) (Joyce-Moniz, 1989).

Neste estudo, estes dois tipos de didáctica, racionalista e construtivista, foram comparados entre si.

A didáctica racionalista está representada por asserções características do modelo de Beck (Beck *et al.*, 1979) e é apresentada da forma seguinte:

" Não são as coisas que nos acontecem, ou os outros, que nos fazem sentir mal, mas a forma negativa como vemos esses acontecimentos, ou como entendemos as palavras e os actos dos outros. Mas a pessoa nem sempre tem razão em ver as coisas ou os outros negativamente. Pode ver mal uma situação. Pode exagerar na apreciação da sua vida. Pode pensar mal dos outros sem qualquer prova para isso.

Nas situações problemáticas, nos conflitos, a pessoa pode conhecer, ou identificar, os seus pensamentos negativos. E, assim, pode avaliar-se esses pensamentos correspondem à verdade. Ou se a pessoa tem razão em pensar assim.

Se a pessoa não tem razão em ser medrosa, agressiva, ou negativa, então deve substituir esses pensamentos por outros.

Se nada confirma as ideias pessimistas, então a pessoa deve desistir dessas ideias.

Só assim poderá sentir-se bem."

Esta didáctica aponta, como é defendido por Beck (ver capítulo II) para uma substituição directa de significações sintomáticas por outras, adaptativas. Estas últimas são

determinadas pelo sistema de significações do terapeuta ou do meio que rodeia a pessoa.

A didáctica construtivista apela para significações diferentes:

" Cada pessoa é livre de pensar o que quiser de qualquer situação.. Cada pessoa é livre de pensar o que quiser dela própria.

Se a pessoa está consciente dessa liberdade, pode ser criativa e independente na sua forma de pensar. E criativa e independente no modo como orienta a sua vida.

Ser criativa, é optar por ter opiniões e atitudes autónomas. E evitar ser dependente das opiniões e das acções dos outros.

Ser criativa é imaginar que os conflitos, os problemas, podem resolver-se; e que a pessoa pode construir uma vida agradável. E renunciar a ser negativa e pessimista, fugindo das situações, em vez de as confrontar.

Ser criativa, é decidir ser flexível, e entrar em compromisso consigo própria, ou com os outros, e tentar equilibrar as vantagens e os inconvenientes em cada situação problemática.

Ser criativa é imaginar novas formas de pensar os problemas; novas perspectivas e decisões, para ultrapassar os momentos difíceis."

Nesta didáctica, procura-se que a pessoa seja, de facto, autónoma e criativa. Em vez de, simplesmente, substituir as significações sintomáticas por outras, mais racionais, de acordo com uma perspectiva de conformidade social ou racional, a pessoa é convidada a explorar novas significações. A imaginação criativa prevalece, pois, sobre a racionalidade imposta do exterior.

Os modelos racionalista e construtivista foram comparados noutros trabalhos (c.f., Barros, 1992; Reis, comunicação pessoal). Contudo, essas comparações utilizaram os procedimentos dos modelos, tal como são apresentados pelos seus autores (e.g., Beck). Tratou-se, assim, de comparações entre duas metodologias de intervenção. Nesta tese, o que se comparou foram as didácticas características de cada paradigma. Para tal, utilizou-se uma metodologia desenvolvimentista, na qual se procurou promover o confronto didáctico dos

pacientes com asserções veiculadas por diferentes personagens, através de vídeos relacionados com as quatro temáticas antes descritas.

O desenvolvimento de uma metodologia deste tipo inseriu-se num projecto de investigação subsidiado pela Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica e com o título **"Exposição a vídeos de psicoterapia de acção didáctica e promoção de autonomia hospitalar e pós-hospitalar em parassuicidas, pacientes oncológicos e pais de bebés em risco"**. O investigador responsável por este projecto é o Professor Joyce-Moniz. A população, sobre a qual esta tese se debruça, foi incluída no projecto posteriormente, tal como a população de pacientes de cirurgia cardio-torácica estudada por Joaquim Reis, tendo sido retirada a população de pacientes oncológicos. Os objectivos deste projecto consistiam em ajudar os pacientes que constituem as diferentes populações, a "serem mais autónomos, nas suas atitudes de prevenção e/ou confronto com a doença/perturbação e nas suas atitudes em prol do restabelecimento hospitalar" (Joyce-Moniz, 1991, pp.1). Foi, justamente, no sentido de atingir estes objectivos que se implementou uma metodologia desenvolvimentista de confronto didáctico, apoiada em dramatizações veiculadas através de vídeos, onde se comparam as didácticas racionalista e construtivista.

6. Apresentação videográfica de significações sintomáticas e de confronto

Tanto os programas remediativos como os preventivos procuram modificar a forma como a mulher deprimida pensa e sente, ou seja, como confronta as suas significações sintomáticas hipervalentes. Pode conceber-se uma grande variedade de métodos para se atingir esse objectivo. Aqui, serão referidos, apenas, os que foram utilizados neste trabalho.

Os processos de modelagem (Bandura, 1977), constituem uma metodologia de confronto de significações apoiada no modelo de Aprendizagem Vicariante. Constituem, de uma forma geral, processos de descentração. Assim, possibilitam a observação de atitudes e significações alternativas às do paciente, podendo levá-lo a modificar o seu comportamento. Pode definir-se modelagem como um processo de aprendizagem, observacional ou vicariante, no qual uma pessoa adquire novos padrões de comportamento, ou manifesta acções anteriormente inibidas, como resultado da observação de um modelo, que desempenha essas

actividades (Rachman e Wilson, 1980).

Neste estudo, a estratégia de confronto das significações sintomáticas consistiu em levar as mulheres, que nele participaram, a observar um modelo. Esse modelo representava uma mulher que tinha tido, também, um bebé, apresentando uma sintomatologia depressiva. As significações sintomáticas do modelo eram expressas sob a forma de verbalizações e comportamentos. Este modelo, em vez de ser mostrado ao vivo, ou sigerido, por imaginação, foi apresentado por meio de uma metodologia videográfica.

A utilização do vídeo com finalidades preventivas e/ou remediativas, tem alguma tradição. Já há alguns anos que esta metodologia tem sido utilizada para avaliar e documentar mudanças comportamentais em terapia (Cline, 1972); para instruir os clientes e implementar a aprendizagem por modelagem (Fisher *et al.*, 1976); como um sistema de registo, que possibilita a reprodução dos comportamentos do paciente, ou a análise de exercícios realizados anteriormente (Bailey, 1970); para identificar as dificuldades comportamentais nos treinos de aptidões sociais (Hersen e Bellack, 1970); em terapia com pacientes psicóticos (Cornelison e Tausig, 1964); em terapia de grupo com pacientes internados (Stoller, 1965); ou ainda em terapia familiar, conjugal, grupal e individual (Alger, 1966; Alger e Hogan, 1966).

Um procedimento deste tipo apresenta algumas vantagens relativamente a outros. por exemplo, permite apresentar vários modelos diferentes para serem comparados; facilita a captação de sequências mais *naturais*, ou mais *dramáticas*, difíceis de implementar ao vivo; permite o seu uso repetidas vezes, situação pouco prática quando os modelos/personagens são apresentados ao vivo; permite, ainda, autonomizar o paciente relativamente ao terapeuta, pois este pode visionar o vídeo, quantas vezes quiser, sem necessitar da presença física do terapeuta.

Neste estudo elaboraram-se quatro vídeos, correspondentes às quatro temáticas ou sistemas de significação, antes referidas (ver, também, capítulo seguinte). Cada vídeo continha, para além das didácticas referidas, iguais para todos os temas, um conjunto de sistemas de significações sintomáticas e um conjunto de significações de confronto ou de resolução, correspondentes aos cinco níveis do modelo de psicopatologia desenvolvimentista, antes introduzido. Os sistemas de significações sintomáticas e de confronto/resolução,

correspondentes aos diferentes níveis, foram dramatizados pelos personagens de mães recentes depressivas, já mencionadas, sempre as mesmas de tema para tema e cada uma modelando o mesmo nível. A exposição da puérpera aos cinco sistemas de significação sintomáticos e de confronto permitiu-lhe confrontar as suas significações com outras, do mesmo nível ou de nível diferente daquele que ela utilizava habitualmente. Em vez de ser exposta apenas a um nível de significações, como é o caso dos modelos racionalistas (c.f., Beck *et al.*, 1979), a participante deste programa tinha, assim, ensejo de *comparar* vários modos sintomáticos e confrontantes e, deste modo, de eventualmente reestruturar a sua própria reflexão.

7. Níveis de significações de confronto ou resolução

Como referido, cada vídeo encontrava-se dividido em duas partes: significações sintomáticas e significações de confronto ou resolução. As significações sintomáticas reflectiam, os níveis de desenvolvimento patológico dos personagens. As significações de confronto reflectiam, por sua vez, níveis de resolução das situações problemáticas, formalizados por Joyce-Moniz (1991).

Uma perspectiva terapeutica desenvolvimentista (e.g., Ivey, 1986; Ivey, Ivey e Gonçalves, Joyce-Moniz e Reis, no prelo), considera que os procedimentos de confronto podem ajustar-se, de forma diferenciada, aos diferentes níveis de significações sintomáticas patenteados pelos diferentes pacientes. Assim, esses procedimentos podem, igualmente, ser ordenados sequencialmente. A dimensão de resolução de problemas, tal como é apresentada por Joyce-Moniz (1991) procura responder a este objectivo.

No nível 0 de resolução, a deprimida limita-se a explicar a sua sintomatologia. Não procura resolver o problema, ou seja, reestruturar as suas significações sintomáticas (e.g., personagem do nível 1: "Sou eu que sou assim... Sempre fui assim... Nada me poderá fazer mudar!"). Esta acção assemelha-se à *tentativa de compensação por identidade*.

QUADRO 8
DIMENSÃO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS
(em Joyce-Moniz, 1991)

Nível 0. Explicação causal como condição prévia a qualquer estratégia de resolução do problema.
Nível 1. Aprendizagem vicariante da solução específica ou recurso a modelos pessoais.
Nível 2. Intuição ou imaginação espontânea de uma solução específica.
Nível 3. Imaginação e avaliação dialéctica (e.g., de positivos e negativos) de uma ou mais soluções específicas. Corresponde ao modelo de <i>problem-solving</i> de D'Zurilla e Goldfried (1971).
Nível 4. Exploração criativa e avaliativa de soluções integradoras e flexíveis. Corresponde à fase de "criação de problemas" do modelo de <i>problem-solving</i> .

No nível 1 de resolução, a deprimida recorre, preferencialmente, à vicariância, ou seja, a modelos constituídos por mulheres não deprimidas (e.g., personagem do nível 2: "Não consigo deixar de pensar na Virgínia... Também tem dois miúdos pequeninos e anda sempre tão alegre... Será que eu também não poderei sentir-me assim?"). Ou procura distrair-se, ou incidir em actividades concretas (e.g., personagem do nível 2: "O melhor é eu procurar distrair-me mais... Sempre tenho a casa, as roupas, a cozinha, a televisão..."). Esta estratégia pode ser comparada com a acção dialéctica de *inversão*. De facto, tanto a distração como a concentração em actividades concretas, procuram afastar o pensamento perturbador, ou seja, afastar-se das significações sintomáticas. No entanto, não as confrontam racionalmente.

No nível 2 de resolução, a deprimida imagina, de forma espontânea, uma solução que parece resultar, e adopta-a (e.g., personagem do nível 3: "O melhor é eu pensar nas coisas boas que me têm acontecido... Não posso passar a vida a pensar só nas coisas más e a dar cabo de mim!...", "É difícil!... Mas há alguma coisa que seja fácil na vida?..."). Esta estratégia parece assemelhar-se à *tentativa de compensação por reciprocidade*. Procura equilibrar os

aspectos positivos com os negativos, mas não permite *construir*, ainda, alternativas de solução.

No nível 3 de resolução, assiste-se, já, a uma procura activa de soluções alternativas, que a pessoa compara entre si. Este procedimento assemelha-se à acção de *exploração proposicional* (e.g., personagem de nível 4: "O importante é não perder o controlo da situação... Se me mantiver calma poderei pensar melhor sobre a minha vida... Procurar uma saída... Encontrar uma solução... Desde que veja uma só que seja, já as coisas não me vão parecer tão más."). Por outro lado, pode também tomar a forma das acções de *inversão* e de *reciprocidade*, combinadas (e.g., personagem do nível 4: "Mãe solteira... É o que eu sou... Nem sei porque é que isso me faz sentir tão mal!... É uma situação em que vivem muitas mulheres... Já não é propriamente uma novidade").

O último nível de resolução, o 4, implica uma exploração criativa de soluções, suficientemente flexíveis para integrarem e reestruturarem a perturbação. Trata-se de uma actividade eminentemente metacognitiva, onde a pessoa se descentra da sua perspectiva pessoal e pondera as alternativas que vai construindo (e.g., personagem de nível 5: "Ando confusa... Perturbada... Mas isso faz parte do momento por que estou a passar... Agora estou a ser muito negativista relativamente a mim própria... Como pessoa... Como mãe... Mas as coisas não têm de ser vistas assim... Se eu as vir de uma forma mais negativa, sinto-me pior... Mas também as posso ver de uma forma mais positiva... E não me sentir assim... tão mal!... O meu bem estar depende da forma como eu encarar as coisas... Da importância e do significado que eu lhes atribuir... Pode ser bom ou mau... Eu posso escolher!..."). Esta estratégia aproxima-se, também, da *exploração proposicional*, apenas que a um nível mais abstracto e integrador do que no nível significativo anterior.

À luz da perspectiva desenvolvimentista, qualquer pessoa pode usar estratégias do nível máximo a que acedeu, e dos níveis anteriores. Assim, a pessoa que se situar no nível 5 de significação pode usar toda a panóplia de procedimentos apresentados, enquanto que a pessoa que apenas acedeu ao nível 1 se encontra mais limitada nas suas escolhas. Os confrontos didácticos, racionalista e construtivista, procuram, deste modo, ajustar-se às possibilidades de cada paciente, permitindo-lhe comparar-se com outros níveis significativos.

8. Objectivos e metodologias gerais da tese

A concepção, a implementação e a validação relativa de um programa de intervenção desenvolvimentista para prevenção da depressão pós-parto constituíram os objectivos genéricos deste estudo.

A criação do programa justificava-se pela escassez de intervenções deste tipo, e pela sua relativa pobreza conceitual e mesmo metodológica, face a um domínio clínico ou psicopatológico de importância crescente nas ciências da saúde e do comportamento. Procurou-se apresentar este desfazamento no Capítulo I, revendo os estudos antropológicos, fisiológicos e psicológicos sobre características desta perturbação, assim como as limitadas intervenções farmacológicas, electro-convulsivas, psicoprofiláticas, etc., preventivas ou remediativas.

Para ser não só inovador mas igualmente integrador, este programa guiou-se por uma orientação psicopatológica e psicoterapêutica cognitivista, introduzida no Capítulo II, e voltada essencialmente para o estudo e a modificação das significações individuais sobre a realidade construída da pessoa e do seu mundo. E, mais especificamente, seguiu a via cognitivista minoritária mas de maior recência, isto é, a da estruturação *desenvolvimentista* das significações individuais e da sua modificabilidade de acordo com essa ordenação, apresentada na segunda parte do Capítulo II e na primeira deste capítulo.

A reflexão sobre a possibilidade de aplicação de uma orientação e de uma metodologia desenvolvimentista ao domínio da prevenção de processos depressivos nas mulheres após o parto revelou ser a parte mais aliciante deste trabalho, por um lado pela inexistência de outros estudos ligando a orientação ao domínio, por outro, porque as vivências do parto e do pós-parto constituem um período importante do desenvolvimento das mulheres, onde ocorre quase sempre como que uma aquisição "acelerada e radical" de novas significações sobre a própria ou aqueles que a rodeiam. Tratava-se, assim, de tentar impedir que esse processo de desenvolvimento das mulheres não evoluísse dentro da patologia depressiva, por meio de uma intervenção desenvolvimentista de reflexão de significações depressogêneas e do seu confronto.

Como atrás se referiu, optou-se por dar uma forma de *dramatização videográfica* ao programa de prevenção. Com efeito, partindo do princípio de que o maior problema das intervenções preventivas reside na falta de interesse e adesão das pessoas visadas, procurou-se dar uma forma mais atractiva ou sugestiva à intervenção, recorrendo a personagens que dramatizam reflexões depressogéneas. Muito à maneira do "imaginário" televisivo a que essas mulheres estão normalmente expostas.

Como cada personagem representava um nível de verbalização de significações sintomáticas e um nível de explicação do processo (metacognitivo) de confronto com essas reflexões depressogéneas, a espectadora tinha a oportunidade de ser confrontada com níveis diferentes de significação e de poder *compará-los entre si e às suas próprias convicções*. Como se expôs, os níveis de significações sintomáticas e de confronto foram ordenados pelos critérios de psicopatologia desenvolvimentista do modelo adoptado neste estudo.

Esta *ordenação*, o teor ou *conteúdo* metafísico, pro-existencial, valorativo, ou normativo das próprias reflexões sintomáticas dramatizadas, e a possibilidade da sua *comparação* constituíram a principal característica da metodologia desenvolvimentista, apoiada não só na *media* videográfico e dramática mas, igualmente, em procedimentos largamente utilizados noutras intervenções cognitivistas:

(a) *Exposição do cliente a modelos de expressão sintomática.*

Esta variedade de confronto do observador com os sintomas "cognitivos" de um modelo não é exclusiva dos modelos cognitivistas, tendo sido utilizada sob outras formas em modelos dinâmicos, fenomenológicos e sistémicos. As terapias baseadas no modelo banduriano de aprendizagem vicariante também o utilizam, sobretudo nas fases iniciais do confronto com um meio hostil.

Como se mencionou, neste estudo as reflexões depressogéneas foram dramatizadas por cinco personagens comparáveis (i.e., mães recentes como as espectadoras e com estatuto socio-económico semelhante) e em situações existenciais semelhantes. A novidade foi, precisamente, a caracterização dessas reflexões por meio de critérios psicopatológicos desenvolvimentistas, abrangendo o que se estimou serem os temas ou sistemas significativos

predominantes no puerpério: atribuição da incompetência para cuidar do bebé; percepção de relação conjugal deficiente ou inexistente; dificuldade em assumir o papel de mãe; e perda de autonomia e crise existencial.

(b) *Exposição do cliente a modelos de confronto.*

Esta variedade de modelagem de reflexão confrontante processa-se, nas terapias cognitivistas mais racionalistas, pelas atitudes e racionalizações do terapeuta, ou pelas pessoas que o cliente observa durante as suas experiências concretas ou "provas empíricas". Nas terapias de aprendizagem vicariante, usa-se este tipo de procedimento sobretudo nas últimas fases da exposição, quando o modelo consegue, nas suas atitudes instrumentais e reflexões verbalizadas, dominar a situação crítica. Como se referiu, neste estudo utilizaram-se personagens dramatizando diferentes níveis de *acções dialécticas* de confronto com as significações sintomáticas ou da sua *reestruturação* (Joyce-Moniz, 1985, 1989, 1992).

De uma maneira geral, como se sugeriu, as terapias cognitivas ou outras, que utilizam este tipo de modelos de exposição de processos cognitivos e significações existenciais, não apresentam (ou só o fazem muito raramente) modelos *alternativos* comparáveis. Quer se trate do terapeuta, ou de qualquer outro modelo "importado" para colaborar na intervenção, o exemplo exibido é quase sempre paradigmático de um único modo de pensar e de agir. Ora, como se enfatizou, na metodologia desenvolvimentista pretende-se explicitamente dar aos clientes essa possibilidade de reflexão *comparativa*, face aos vários exemplos dramatizados de significações sintomáticas e confrontantes, que são sugeridos de maneira a facilitar essa comparação. Dá-se, assim, uma abertura à diversidade reflexiva, sendo esta ordenada em níveis do simples para o complexo, do específico para o geral, ou do rígido para o flexível (Joyce-Moniz, 1985, 1989, 1992).

A implementação do programa desenvolvimentista de intervenção constituiu a parte mais laboriosa do estudo, por razões sociológicas inerentes às inúmeras dificuldades de efectuar, em Portugal, nas instituições hospitalares ou outras, acções preventivas deste tipo.

Contrariamente ao que se passa habitualmente na objectivação da investigação

experimental, a de intervenção clínica é mais estruturada a partir do que se pode fazer, ou do que realisticamente se pode esperar face a inúmeras dificuldades práticas relativas à sua viabilidade prática, incluindo a adesão que é capaz de suscitar, e menos pelo que a princípio se deseja, ou pelo que seria "mais interessante" fazer.

Como se sugerirá no Capítulo IV, não só foi difícil e longo tentar resolver os problemas de operacionalização e adesão das mulheres ao estudo da caracterização de uma população de puérperas mas, principalmente, ao estudo clínico de prevenção.

Para além destes obstáculos bem práticos, houve que decidir entre uma intervenção individual e grupal. Atendendo ao objectivo preventivo da emergência de uma sintomatologia depressiva ou, no caso de já estar presente, do seu não agravamento e, se possível, resolução/substituição por significações adaptativas, optou-se por um procedimento intermédio. Como se mencionou neste capítulo e no II, à semelhança do que se utiliza, entre outros, no modelo de Beck, é possível constituir *falsos grupos* neste tipo de acções, isto é, submeter os participantes de um grupo clínico cognitivista e procedimentos muito próximos dos que se usam nas intervenções individuais (e.g., ligação das idéias a sintomas emocionais e atitudinais; exposição e confronto com idéias mais adequadas ou racionais). Neste estudo, as participantes do grupo observavam os videos, comparavam as reflexões das personagens entre si e com as suas próprias idéias, pronunciavam-se individualmente sobre essas comparações e escolhas, mas também tinham a oportunidade de *partilhar e comparar* essas preferências e justificações com as outras mulheres do grupo. Privilegiou-se o processo individual mas possibilitou-se o confronto de idéias entre participantes. No entanto, como se verá, este componente grupal não foi avaliado separadamente do processo individual, à semelhança de outros estudos sobre modelos que utilizam este enquadramento clínico (Beck et. al., 1979).

Acentue-se que, nos propósitos iniciais, tinha-se projectado aplicar o programa tanto a indivíduos como a "falsos grupos", mas ao fim de algum tempo, só se conservou o segundo formato, em razão das inúmeras dificuldades operacionais envolvidas no segundo.

Outras dificuldades de implementação obrigaram a reestruturar a concepção da *didáctica* do programa. Inicialmente projectara-se apresentar um programa desenvolvimentista com *uma única didáctica de teor construtivista* e compará-lo a um programa grupal cognitivista mais

conhecido (e.g., modelo beckiano apresentado no Capítulo II), à semelhança do se fez nos outros estudos do referido projecto de investigação destas metodologias (dito "da J.N.I.C.T."), envolvendo pais de bebés em risco e pacientes de cirurgia cardíaca. Todavia, face aos problemas operacionais de difícil resolução em termos de tempo e espaço para essas intervenções muito diferenciadas, concebeu-se uma alternativa, quiçá mais oportuna do que a anterior, e visando aprofundar o estudo da *estrutura didáctica* do programa. Como se viu, todas as dramatizações de diferentes níveis de significação e integrando os quatro temas foram apresentadas sob dois modos: (a) com uma didáctica de tipo *racionalista* visando a adesão a padrões estabelecidos de raciocínio e conformidade social; (b) com uma didáctica de tipo *constructivista* visando um processo de exploração criativa de novos padrões de raciocínio e de valoração. Como adiante se verá, esta divisão das didácticas, permitiu compará-las, e avaliar a importância deste componente relativamente ao programa preventivo completo.

Realce-se, ainda, que a intervenção desenvolvimentista teve lugar entre a *segunda* e a *oitava* semanas depois do parto.

A avaliação ou validação comparativa do programa desenvolvimentista constituiu, como mencionado, o terceiro objectivo genérico deste estudo.

Mais discriminadamente, consistia em:

(I) Comparar os resultados da auto-avaliação de atribuições e atitudes sintomatológicas e de confronto das mulheres que participaram no programa desenvolvimentista com os das mulheres que só integraram um grupo de controlo sem intervenção preventiva mas com a mesma auto-avaliação.

A simples referência comparativa a um grupo de controlo é normal neste tipo de estudos clínicos, partindo da asserção conhecida de que a simples "remissão espontânea" de sintomas em situações de lista de espera e de simples participação num processo avaliativo pode ser tão eficaz, ou tão deteriorante, como qualquer processo terapêutico estruturado. Em psicoterapia, o simples facto de uma intervenção ser um pouco melhor do que uma não-intervenção já constitui um ganho apreciável.

No Capítulo IV serão introduzidos os instrumentos de auto-avaliação de variáveis ditas

clínicas, que foram utilizados.

(II) Comparar os resultados da auto-avaliação das mulheres que participaram no programa com didáctica racionalista, com os das mulheres que participaram no programa com didáctica construtivista, e estes aos das mulheres do grupo de controlo.

Como se disse, pretendeu-se estudar a valor de dois tipos de didáctica, uma mais conforme, outra mais exploratória, versando sobre o modo como essas mulheres poderiam servir-se das significações dramatizadas para confrontarem e eventualmente mudarem as suas próprias significações. Partia-se da asserção, geralmente aceite, de que o componente didáctico tem grande impacto em qualquer intervenção preventiva, devido ao sua acção de incidência e síntese do fundamental, mas que didácticas diferentes, ainda que breves, teriam uma valor sugestivo diferente, de acordo com as carecterísticas próprias da intervenção adesevolvimentista. Estando esta voltada para a exposição de um processo de passagem do simples para o complexo, do específico para o geral, ou do rígido para o flexível, seria de esperar que a didáctica introdutória de um processo de abertura e exploração seria mais facilitativa do que uma didáctica voltada para uma eficácia racional mas relativamente estática ou conforme a um padrão estabelecido de racionalidade (Joyce-Moniz, 1992).

(III) Independentemente do tipo de intervenção didáctica, ou da inclusão da condição de controlo, comparar os resultados da auto-avaliação dos cinco grupos de mulheres correspondentes às avaliações, preferências, ou identificações comm os cinco níveis de significação sintomática e de significação confrontante, assim como os resultados das dos grupos caracterizados por transições entre esses níveis.

Saliente-se que, para além do estudo validativo das duas modalidades didácticas de intervenção desenvolvimentista, a *validação da estrutura desenvolvimentista* do programa impunha-se o como objectivo genérico de maior interesse clínico.

A formação dos grupos de participantes por níveis de significação processou-se de dois modos, sendo estes ainda subdivididos:

(a) por meio de um questionário de auto-avaliação composto por asserções valorativas e

normativas sobre os quatro temas ou sistemas significativos, ordenadas de acordo com o modelo genérico ou de síntese de desenvolvimento socio-cognitivo (Joyce-Moniz, 1989, 1992);

(b) por meio de um questionário desenvolvimentista de auto-avaliação composto por *acções dialécticas de reestruturação* (i.e., identidade, centração proposicional, inversão, reciprocidade, combinatória, intuição) (Joyce-Moniz, 1985, 1988);

(c) por meio das preferências (de identificação e/ou de rejeição) das participantes relativamente às expressões significativas depressogéneas das personagens dos videos, representativas dos diferentes níveis do modelo de psicopatologia (Joyce-Moniz, 1992);

(d) por meio das preferências (de identificação e/ou de rejeição) das participantes relativamente às expressões significativas de confronto das personagens dos videos, representativas dos diferentes níveis de *resolução de problemas* (i.e., explicação causal como condição prévia a qualquer estratégia de resolução do problema; aprendizagem vicariante da solução específica ou recurso a modelos pessoais; intuição ou imaginação espontânea de uma solução específica; imaginação e avaliação dialéctica (positivos e negativos) de uma ou mais soluções específicas; exploração criativa e avaliativa de soluções integradoras e flexíveis).

Os questionários desenvolvimentistas de auto-avaliação, assim como as características e expressões das personagens dos dois videos serão apresentados no Capítulo IV.

Apesar desta intervenção, como qualquer outra de cariz cognitivista (ver Capítulo II) ter como objectivo prioritário a substituição de significações sintomáticas ou inadaptativas, independentemente dos níveis dessas significações, na intervenção desenvolvimentista procura-se ultrapassar a *lógica linear* dessa substituição e visar uma dinâmica inter-níveis. Assim, da perspectiva do modelo subjacente a uma intervenção deste tipo, concebe-se que:

Por um lado, quanto mais alto é o nível de significação normativa ou valorativa, ou de resolução de problemas, ou de *acções dialécticas de reestruturação*, maior a possibilidade da pessoa confrontar e modificar as suas reacções emocionais e atitudes sintomáticas (Joyce-Moniz, 1985, 1988, 1989).

Por outro, quanto mais alto é o nível de significação inadaptativa (depressogénea, ansiogénea, obsessiva, etc.), maior a possibilidade da sua *modificabilidade* e, assim, do

controlo da intensidade e extensão das reacções emocionais e atitudinais sintomáticas, que lhe estão associadas (Joyce-Moniz, 1989).

O acesso da pessoa a níveis de significações mais elevados não evita a emergência de sintomas depressivos, ansiosos, etc., mas permite melhorar o seu confronto e, assim, facilitar a sua redução ou anulação.

A utilização preferencial ou preponderante do nível mais elevado a que a pessoa acedeu também concorre para os mesmos fins.

(III) Considerando o tipo de intervenção didáctica a que as mulheres foram submetidas, ou a sua inclusão na condição de controlo, comparar os resultados da auto-avaliação dos cinco grupos de mulheres correspondentes às avaliações, preferências, ou identificações com os cinco níveis de significação sintomática e de significação confrontante, assim como os resultados dos grupos caracterizados por transições entre esses níveis.

Tratou-se, pois, de integrar os objectivos (I) e (II) de comparação de metodologias no objectivo (III) de validação da sua estrutura desenvolvimentista, avaliando conjuntamente o tipo de intervenção e o endosso de níveis de significações e de processos de acção dialéctica e confronto sintomático.

8. Hipóteses de estudo

A partir dos quatro objectivos apontados, foi possível definir dezassete hipóteses de estudo. As condições de operacionalização da intervenção conducentes à confirmação ou à disconfirmação dessas hipóteses serão explanadas no próximo capítulo.

Objectivo I: Comparação dos resultados clínicos auto-avaliados uma semana, oito semanas e três meses depois do parto, das mulheres do grupo da intervenção desenvolvimentista com os resultados das do grupo de controlo

Hipótese 1: O grupo de intervenção desenvolvimentista conduziria a melhores resultados clínicos (i.e., evitando a ocorrência ou o agravamento da sintomatologia depressiva) do que os do grupo de controlo.

Objectivo II: Comparação dos resultados clínicos auto-avaliados uma semana, oito semanas e três meses depois do parto, das mulheres do grupo de intervenção didáctica racionalista com os resultados do grupo de intervenção didáctica construtivista, e destes com os do grupo de controlo

Hipótese 2: O grupo de didáctica construtivista conduziria a melhores resultados clínicos do que os do grupo de didáctica racionalista, e estes melhores resultados do que os do grupo de controlo:

Objectivo III: Comparação dos resultados clínicos auto-avaliados uma semana, oito semanas e três meses depois do parto, dos grupos de mulheres correspondentes tanto a cinco níveis de significações sintomáticas e de significações de confronto como a vários processos de mudança entre esses níveis, *independentemente das intervenções* de que beneficiaram, ou da sua inclusão na *condição de controlo* ¹²

Hipótese 3: Os grupos correspondentes à identificação com ou preferência por níveis mais elevados significações sintomáticas dos personagens apresentariam melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes aos níveis inferiores.

Hipótese 4: Os grupos correspondentes aos níveis mais elevados de asserções normativas e valorativas no questionário sobre os quatro temas apresentariam melhores resultados clínicos

¹¹ Nas hipóteses que se referem aos personagens dos vídeos, o grupo controlo não pode ser considerado

² Nas hipóteses que contemplam os questionários, o grupo controlo foi considerado

do que os dos grupos correspondentes aos níveis inferiores.

Hipótese 5: Os grupos correspondentes à identificação com ou preferência por níveis mais elevados de significações de confronto e de resolução dos personagens apresentariam melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes aos níveis inferiores.

Hipótese 6: O grupo correspondente às acções dialécticas de combinatória e intuição, avaliadas pelo questionário, apresentaria a melhores resultados clínicos do que os do grupo correspondente às acções de reciprocidade e inversão, e, por sua vez, estes seriam melhores do que os do grupo das acções de identidade e centração proposicional.

Hipótese 7: O grupo correspondente às passagens ascendentes de níveis inferiores para níveis superiores de significação sintomáticas apresentaria melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes a quaisquer outras passagens.

Hipótese 8: O grupo correspondente às passagens ascendentes de níveis inferiores para níveis superiores de asserções valorativas/normativas apresentaria melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes a quaisquer outras passagens.

Hipótese 9: O grupo correspondente às passagens ascendentes de níveis inferiores para níveis superiores de significação de confronto ou resolução apresentaria melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes a quaisquer outras passagens.

Hipótese 10: O grupo correspondente às passagens ascendentes de acções dialécticas de identidade e centração proposicional para acções de inversão e reciprocidade, ou destas para as de intuição e combinatória apresentaria(m) melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes a quaisquer outras passagens.

Hipótese 11: O grupo correspondente a níveis de significação de confronto/resolução

superiores aos níveis de significação sintomática apresentaria melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes a quaisquer outras combinações entre significações de confronto e sintomáticas.

Objectivo IV: Comparação dos resultados clínicos auto-avaliados uma semana, oito semanas e três meses depois do parto, dos grupos de mulheres correspondentes tanto a cinco níveis de significações sintomáticas e de significações de confronto como a vários processos de mudança entre esses níveis, *de acordo com, ou em função das intervenções* de que beneficiaram, ou da sua inclusão na *condição de controlo*³

Hipótese 12: Os grupos correspondentes aos diferentes níveis de significação sintomática da didáctica construtivista apresentariam melhores resultados clínicos do que os grupos dos níveis da didáctica racionalista, quando comparados termo a termo ou nível a nível.

Hipótese 13: Os grupos correspondentes aos diferentes níveis de asserções normativas da didáctica construtivista apresentariam melhores resultados clínicos do que os grupos dos níveis da didáctica racionalista, e estes melhores resultados do que os grupos dos níveis da condição de controlo, quando comparados termo a termo ou nível a nível.

Hipótese 14: Os grupos correspondentes aos diferentes níveis de significação de confronto/resolução da didáctica construtivista apresentariam melhores resultados clínicos do que os grupos dos níveis equivalentes da didáctica racionalista, quando comparados termo a termo ou nível a nível.

Hipótese 15: Os grupos correspondentes aos diferentes níveis de asserções normativas da didáctica construtivista apresentariam mais acordos entre os níveis de significações

³Nas hipóteses que se referem aos personagens dos vídeos, não se pôde levar em conta, como é natural, o grupo de controlo

sintomáticas e os níveis de confronto/resolução, do que os grupos dos níveis da didáctica racionalista, e estes mais acordos do que os grupos dos níveis da condição de controlo, quando comparados termo a termo ou nível a nível.

Hipótese 16: Os grupos correspondentes às diferentes acções dialécticas da didáctica construtivista apresentariam melhores resultados clínicos do que os grupos das acções equivalentes da didáctica racionalista, e estes melhores resultados do que os grupos das acções da condição de controlo, quando comparados termo a termo ou acção a acção.

Hipótese 17: O grupo de didáctica construtivista apresentaria mais mudanças para níveis superiores de significação ou para acções dialécticas superiores do que o grupo de didáctica racionalista, e estes mais mudanças ascendentes do que o grupo de controlo; este incremento de mudanças da didáctica construtivista conduziria a melhores resultados clínicos do que os da didáctica racionalista, e as mudanças de ambas as intervenções a melhores resultados do que os da condição de controlo.

CAPÍTULO IV

CARACTERIZAÇÃO DAS POPULAÇÕES E PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS

Como o título do capítulo sugere, apresentam-se aqui, com algum detalhe, as condições metodológicas deste trabalho. Primeiro, são descritas as instituições hospitalares onde se constituiu a amostra para o estudo de caracterização emocional, psicossocial e desenvolvimentista das mulheres puérperas da Região de Lisboa, assim como o plano de investigação e os respectivos procedimentos utilizados nesta caracterização. Em seguida, é apresentado o plano de investigação e as características da amostra utilizados no estudo clínico, assim como os procedimentos, detalhados, utilizados neste segundo estudo. Como os instrumentos de avaliação utilizados nestes dois estudos, assim como os momentos da sua aplicação, são coincidentes, a sua apresentação e descrição será feita na última secção deste capítulo.

1. Estudo longitudinal de caracterização de uma amostra de puérperas na Região de Lisboa

Foi referido no capítulo I que, apenas recentemente em Portugal, se começaram a realizar estudos epidemiológicos da depressão no período puerperal (c.f., Figueiredo *et al.*, 1989). A maior parte da literatura existente sobre as perturbações da disposição deste tipo refere-se a realidades culturais bem diferentes das portuguesas. Se bem que seja essa a literatura a que geralmente se recorre, as suas asserções não podem transpostas directamente para uma sociedade diferente daquelas a que a literatura se refere. É necessário, pois, um melhor conhecimento das reacções emocionais durante o puerpério na nossa população. Este estudo pretende ser um contributo para esse conhecimento.

1.1. Localização do estudo de caracterização

Levar a cabo uma investigação sobre uma população de puérperas é uma tarefa árdua, pelo menos em Portugal e na Região de Lisboa.

A primeira questão que se levantou dizia respeito ao estabelecimento de contacto com

as mulheres que tinham tido, recentemente, um bebé. As alternativas para esse contacto eram variadas, apresentando vantagens e inconvenientes diferentes:

(a) Poder-se-ia recorrer a médicos obstetras em clínica privada, solicitando-lhes que informassem as pacientes da ocorrência de um estudo sobre reacções emocionais depois do parto, entregando-lhes ao mesmo tempo um pequeno panfleto com informações sobre o estudo. De facto, procurou-se estabelecer uma colaboração deste tipo com vários especialistas. Apesar do entusiasmo com que esta possível colaboração foi, geralmente, acolhida, os seus frutos revelaram-se manifestamente escassos, quer pela pouca clareza com que a informação verbal foi fornecida, quer pelo facto de, na ausência do autor do estudo, muitas questões levantadas pelas mulheres não terem podido ser esclarecidas naquele momento.

(b) Poder-se-ia, igualmente, recorrer a médicos pediatras. No período pós-parto, estes especialistas encontram-se numa situação privilegiada para contactarem com as mães recentes, pois são estas que, com maior frequência, levam os seus bebés à consulta de Pediatria. No entanto, esta alternativa conteria os mesmos problemas que a anterior.

(c) Poder-se-ia, ainda, recorrer às consultas externas dos Centros de Saúde e Hospitais. Esta alternativa seria, porém, de difícil implementação. Por um lado, o pouco tempo que é dedicado a cada paciente na consulta impossibilita, frequentemente, dar-se atenção a questões tradicionalmente consideradas como não pertencendo ao foro do obstetra ou do pediatra. Por outro, as próprias mulheres mostram-se pouco disponíveis para *perderem mais tempo* depois da consulta, recusando-se, frequentemente, a ouvir mais uma *prelecção*, desta feita não programada.

(d) Poder-se-ia recorrer aos serviços especializados das instituições hospitalares, onde os partos têm lugar. Em geral, esta opção revela-se bastante eficaz, na medida em que as puérperas encontram-se internadas na instituição por, pelo menos, 48 horas, facilitando, assim, o estabelecimento desse contacto. Esta foi a principal alternativa a que o autor recorreu para constituir as amostras. Assim, procedeu-se ao contacto directo de cerca de 911 mulheres, durante um período de 18 meses, no Serviço de Obstetria do Hospital de S. Francisco Xavier (n=697) e no Serviço de Obstetria da Maternidade Alfredo da Costa (n=214). Estes dois serviços são responsáveis por um número significativo dos partos que, anualmente, têm lugar

nesta região. O número de partos realizados na M.A.C. é de, aproximadamente, 10.000/ano, enquanto que no H.S.F.X. esta cifra ronda os 4.500/ano.

Convém assinalar que a presença de psicólogos nestas instituições é vista de uma forma diferenciada. Na Maternidade Alfredo da Costa existe, desde há alguns anos, um departamento de psicologia clínica, fundamentalmente orientado para o acompanhamento das crianças que acorrem à Consulta de Desenvolvimento, ou estão internadas no Isolamento, e das mulheres internadas no Isolamento de Obstetrícia. Pontualmente, os psicólogos desse Departamento intervêm junto das restantes grávidas e puérperas, que se encontram na instituição. A convivência, já habitual, entre psicólogos e restantes funcionários da Maternidade facilita a realização de trabalhos de investigação psicológica.

No Hospital de S. Francisco Xavier, e em particular no Serviço de Obstetrícia, a presença de um psicólogo, ainda que provisória, suscitou curiosidade. Apesar das inúmeras referências, ouvidas pelo autor e colaboradoras, relativas à necessidade permanente de um psicólogo no Serviço, existia um razoável desconhecimento do papel que este poderia desempenhar naquele contexto. A curiosidade decorrente deste desconhecimento facilitou, no entanto, a actividade de investigação psicológica, ao mesmo tempo que possibilitou uma informação correcta sobre as funções do psicólogo da saúde num serviço de obstetrícia.

Nestas unidades hospitalares, a puérpera tem alta, geralmente, entre o segundo e o sexto dia, dependendo do tipo de parto a que foi sujeita, e de terem, ou não, ocorrido problemas do foro médico, depois do nascimento do bebé. Os aspectos emocionais da mulher são apenas levados em consideração por volta da sexta semana pós-parto. Altura em que deviam deslocar-se, no caso do Hospital de S. Francisco Xavier, à Consulta de Puérperas. No entanto, poucas mulheres o fizeram durante o período em que ocorreu o estudo.

Tanto na Maternidade Alfredo da Costa, como no Hospital de S. Francisco Xavier, as mulheres, depois de terem tido alta, eram referenciadas para o Centro de Saúde a que pertenciam, aí continuando a ser acompanhadas pelo seu médico assistente.

Este estudo longitudinal de caracterização foi realizado no contexto destas duas instituições hospitalares, e com as limitações impostas pelos procedimentos ou práticas que lhes eram peculiares. O plano da investigação reflectiu, necessariamente, algumas dessas limitações.

1.2. Plano da investigação

De acordo com os objectivos do estudo, pretendeu-se contribuir para a caracterização de uma população de puérperas, a partir das suas reacções emocionais, sobretudo depressivas, no período depois do parto.

Tradicionalmente, os estudos de caracterização utilizam uma única avaliação dos estados emocionais das mulheres e dos elementos que neles possam ter influência. Recentemente, tem-se assistido a uma proliferação de estudos de carácter longitudinal, envolvendo várias avaliações distanciadas no tempo. Estes trabalhos privilegiam, sobretudo, as avaliações realizadas uma semana e seis semanas depois do parto.

Contudo, apesar de exaustivos nas variáveis que medem, não levam em linha de conta o nível de desenvolvimento socio-cognitivo da mulher, nem, consequentemente, a forma como esse nível de desenvolvimento se reflecte na intensidade e na qualidade das reacções emocionais.

Neste trabalho, seguiu-se em parte o plano habitual de investigação dos estudos mais recentes. No entanto, procedeu-se a algumas modificações. Assim, as avaliações tiveram lugar uma semana, oito semanas, e três meses depois do parto, tendo sido introduzidos instrumentos de avaliação das condições ou variáveis desenvolvimentistas, o que não foi feito nesses estudos.

1.3. Procedimento

Todas as mulheres que participaram estudo de caracterização foram contactadas nas duas instituições hospitalares acima referidas.

Depois do nascimento do bebé, geralmente nas 48 horas seguintes, cada mulher era abordada pelo autor, ou por uma sua colaboradora, sendo-lhe explicados os objectivos e os procedimentos do estudo. Depois desta explicação, e do consequente esclarecimento das eventuais dúvidas, era-lhe pedida colaboração para a realização deste trabalho. Esta consistia na resposta a vários questionários, em diferentes momentos do pós-parto. Sempre que a puérpera concordava em colaborar, era assinado um protocolo de consentimento, por ela e pelo investigador, ficando uma cópia na posse de cada um. Nesse protocolo encontravam-se

descritos, de forma sucinta, os objectivos do estudo e os respectivos procedimentos. Num dos seus parágrafos, autorizavam-se os investigadores a consultarem, se necessário, o processo clínico respeitante do parto e do período de internamento (ver ANEXO A).

QUADRO 9
Variáveis avaliadas uma semana, oito semanas e três meses depois
do parto

<p>1º momento (1 semana depois do parto)</p> <ul style="list-style-type: none">- depressão- ansiedade- somatização- sensibilidade interpessoal- sintomatologia geral- frequência de pensamentos negativos- operações dialécticas- sintomas físicos durante a gravidez (retrospectivo)- nível de desenvolvimento socio-cognitivo
<p>2º momento (8 semanas depois do parto)</p> <ul style="list-style-type: none">- depressão- ansiedade- somatização- sensibilidade interpessoal- sintomatologia geral- frequência de pensamentos negativos- sintomas físicos no pós-parto- grau de obtenção de ajuda por parte de outrém
<p>3º momento (três meses depois do parto)</p> <ul style="list-style-type: none">- depressão- ansiedade- somatização- sensibilidade interpessoal- sintomatologia geral- frequência de pensamentos negativos- operações dialécticas- nível de desenvolvimento socio-cognitivo

Depois de aceitar colaborar no estudo, a puérpera recebia um envelope, pré-selado,

contendo o primeiro conjunto de questionários a que devia responder, cerca de cinco dias depois do parto, tendo de devolvê-los pelo ao investigador. Aproximadamente oito semanas depois do nascimento do bebé, foi enviado o segundo conjunto de instrumentos de avaliação. Depois do seu preenchimento, esses questionários eram ser devolvidos, novamente pelo correio. O terceiro grupo de questionários foi enviado cerca de três meses depois do parto, sendo, de novo, devolvidos pela mesma via.

O Quadro 8 apresenta os aspectos, ou variáveis, contemplados nos três momentos de avaliação.

Inicialmente, procurou-se procedr a uma avaliação mais completa, incluindo aspectos relacionados com o temperamento da criança (Bates *et al.*, 1979), com a história da patologia familiar, e com os acontecimentos de vida durante a gravidez e o puerpério (Carroll, 1982). No entanto, nesse estudo piloto a percentagem de respostas foi extremamente baixa. Quando questionadas, telefonicamente, muitas das mulheres, que não devolveram os questionários referiram, que o seu volume interferia com a sua rotina diária. Concretamente, não dispunham do tempo e da capacidade de concentração necessários para responder a um tão grande volume de questões. Assim, procurou-se reduzir o número de instrumentos de avaliação, mantendo, apenas, aqueles que foram considerados indispensáveis.

Os instrumentos referentes a cada uma das variáveis descritas acima (ver Quadro 8), são descritos adiante.

1.4. População

Como referido, a amostra utilizada neste trabalho foi constituída por mulheres que deram à luz um bebé na Maternidade Alfredo da Costa ou no Hospital de S. Francisco Xavier. Foram contactadas 911 mulheres nestas duas instituições (H.S.F.X., n=697; M.A.C., n=214). Destas, 551 aceitaram colaborar no estudo (H.S.F.X., n=491; M.A.C., n=60), o que corresponde a 60.48 % da população contactada. O atrito na aderência aos vários momentos da investigação tendeu, no entanto, a aumentar. O Quadro 9 mostra o número absoluto, e as respectivas percentagens, de respostas obtidas nos vários momentos de avaliação.

QUADRO 10
Número absoluto, e percentagens relativas e absolutas, das respostas obtidas nos vários momentos de avaliação

1º momento (1 semana)	2º momento (8 semanas)	3º momento (três meses)
140 (25.4%) (25.4%)	73 (52.1%) (13.2%)	41 (56.2%) (7.4%)

Estas *taxas* de devolução dos questionários não foram muito diferentes das relätadas por Cogan e Klopfer (1975). Estes autores verificaram que apenas 22 % da sua população preenchia e devolvia, ao médico assistente, os questionários relativos à sua experiência com o nascimento do bebé. Por seu lado, os médicos devolveram aos autores apenas 37 % dos questionários, que tinham recebido dos seus pacientes, representando uma *taxa* de 8 % relativa à população total considerada (n total = 223). Cogan e Klopfer (1975) consideram que as mulheres, que viveram a experiência do parto de uma forma mais negativa ou insatisfatória tendem a não devolver os seus questionários. Esta asserção, a ser válida, leva a que este tipo de estudos seja encarado com alguma precaução, podendo reflectir uma perspectiva demasiado positiva e não representativa da população em geral. No entanto, no seu estudo, estes autores verificaram existir poucas diferenças entre uma população de *respondentes* e uma outra de *não-respondentes*, viabilizando esta metodologia de investigação.

O Quadro 10 resume as características demográficas da população considerada neste estudo, em cada momento de avaliação.

A percentagem de mulheres casadas era muito superior à das de estado civil diferente, assim como a percentagem de mulheres cuja actividade profissional decorria fora do contexto familiar era muito superior à das que tinham uma actividade essencialmente doméstica. De igual modo, a esmagadora maioria das mulheres que, de facto, responderam aos questionários tinha um nível de instrução superior à média da população geral, com particular incidência para

QUADRO 11

Características demográficas da população, momento a momento

	1º momento (n=140)	2º momento (n=73)	3º momento (n=41)
Idade	27 +/- 4 (máx.=40) (min.=17)	26.8 +/- 4 (máx.=40) (min.=19)	26.4 +/-3.6 (máx.=34) (min.=20)
Estado civil			
casadas	128 (91.4%)	67 (91.7%)	35 (85.4%)
não-casadas	12 (8.6%)	6 (8.2%)	6 (14.6%)
Trabalho			
fora de casa	101 (72.1%)	51 (69.8%)	29 (70.7%)
em casa	19 (13.6%)	12 (16.4%)	8 (19.5%)
?	20 (14.0%)	10 (13.7%)	4 (9.8%)
Habilitações ¹			
1º nível	19 (13.5%)	6 (8.2%)	5 (12.2%)
2º nível	81 (57.9%)	44 (61.7%)	21 (51.2%)
3º nível	40 (28.6%)	22 (30.1%)	15 (36.6%)
Paridade			
primíparas	98 (70.0%)	51 (69.9%)	29 (70.7%)
múltiparas	42 (30.0%)	22 (30.1%)	12 (29.3%)
Gravidez			
planeada	109 (77.9%)	55 (75.3%)	31 (75.6%)
não-planeada	30 (21.4%)	18 (24.7%)	10 (24.4%)

as que frequentavam, ou tinham frequentado ou terminado estudos superiores. Pode pensar-se que a amostra contemplada neste estudo era pouco representativa da população de puérperas. Contudo, esta sobre-representação de mulheres com uma instrução elevada permitiu levar em

¹ O PRIMEIRO NÍVEL INCLUIA AS MULHERES SEM ESCOLARIDADE, COM O ENSINO PRIMÁRIO OU COM O CICLO PREPARATÓRIO.
O SEGUNDO NÍVEL CONTEMPLAVA AS MULHERES QUE TINHAM COMPLETADO O ENSINO SECUNDÁRIO OU O COMPLEMENTAR, OU O ENSINO PROFISSIONALIZANTE
O TERCEIRO NÍVEL REFERIA-SE ÀS MULHERES QUE TINHAM FREQUENTADO OU TERMINADO O ENSINO SUPERIOR

conta, de uma forma equilibrada, o peso desta variável na ocorrência e resolução de problemas emocionais no pós-parto. De igual modo, o facto da grande maioria das mulheres exercer uma profissão permitiu considerar que esta variável pode ter tido grande peso no voluntariado para colaborar nesta investigação.

Por seu lado, o facto das mulheres casadas constituírem, à partida, cerca de 91% da amostra, reflecte a tradicionalidade da realidade portuguesa, onde a instituição do matrimónio, legal ou assumido, tem, ainda, um grande peso. Apesar de muitas mulheres afirmarem estar casadas, provavelmente algumas viverão maritalmente. Este aspecto não foi objectivamente controlado.

As variáveis aqui apresentadas, e que permitem uma primeira caracterização da população, serão retomadas no capítulo seguinte, contribuindo para as análises efectuadas sobre os resultados obtidos.

2. Estudo clínico e desenvolvimentista

Durante o período de internamento depois do parto, a preocupação dos técnicos de saúde (e.g., médicos, enfermeiras, auxiliares) prende-se, sobretudo, com o bem-estar físico das puérperas. Adicionalmente, poderá tentar-se alertar as mães para os cuidados que devem dispensar aos seus bebés, e em estruturar conselhos ou didácticas sobre como o fazer. O bem-estar psicológico parece ser colocado em segundo plano, e apenas nos casos de perturbação mais evidente é que se tomam medidas para controlar o estado emocional da nova mãe. Seja através da intervenção de um médico ou da enfermeira, seja por meio do recurso ao psiquiatra que se encontra de prevenção. Esta situação era, e provavelmente ainda é, particularmente evidente no Hospital de S. Francisco Xavier. No caso da Maternidade Alfredo da Costa, e por nesta instituição existir um Departamento de Psicologia Clínica, o apoio psicológico dispensado às puérperas apresentava e/ou apresenta uma maior regularidade. Após terem tido alta, estas mães continuavam a ser acompanhadas nos Centros de Saúde (ou pelo seu médico assistente particular). Nos Centros de Saúde, este acompanhamento era/é feito através das Consultas relacionadas com a Saúde Materno-Infantil. Tal como nas instituições hospitalares, a principal

objectivo destas consultas incidia na saúde física da mulher e da criança. De igual modo, os aspectos psicológico-emocionais da puérpera eram abordados apenas quando esta se encontrava intensamente perturbada. A preparação pré-parto alerta as futuras mães para a eventual ocorrência de problemas emocionais depois do nascimento do bebé. Mas o número de mulheres submetidas a essa preparação é, ainda, muito reduzido, quando comparado com o número de partos que, anualmente, ocorrem neste país. Justificava-se, assim, a implementação de programas que visando ajudar as mães a confrontarem, de uma forma que lhes fosse adequada, os problemas emocionais, promovendo a sua autonomia face à eventualidade da perturbação.

2.1. Localização do estudo de intervenção preventiva

O estudo anterior, de caracterização, e o estudo presente, de orientação preventiva, foram inicialmente conceptualizados como constituindo um único processo de investigação. Foi pensado que os dois componentes poderiam ser implementados com a mesma população e, conseqüentemente, nas duas instituições hospitalares referidas.

Com efeito, o protocolo de consentimento já referido (ver ANEXO A), continha um parágrafo onde era solicitada a participação da mulher em seis sessões grupais, com uma regularidade semanal. Mas desde o início, verificou-se que grande parte das mulheres, que aceitaram colaborar no estudo, faziam-no apenas relativamente à parte que envolvia a resposta a questionários, não se tendo prontificado a assistir às reuniões previstas. Mais tarde, verificou-se que, dada a distância entre as residências da maior parte das puérperas e a instituição hospitalar onde tinham sido contactadas, mesmo aquelas, que tinham anuído em participar nas sessões clínicas, não compareciam nas datas indicadas. Na Maternidade Alfredo da Costa apenas 16, num total de 40 o fizeram. E estas porque residiam relativamente próximo do hospital.

Assim, houve necessidade de solicitar a várias entidades (e.g., Centros de Saúde, Escolas, Juntas de Freguesia) que disponibilizassem as suas instalações, viabilizando, assim, a realização das sessões clínicas. Entretanto, já o período considerado adequado para a realização das sessões tinha sido ultrapassado, para a maioria das mulheres contactadas. Este

facto levou a que durante dois meses fosse solicitada à Maternidade Alfredo da Costa a indicação das mulheres que aí tinham tido os seus bebés. A partir destas listagens, foram contactadas telefonicamente, cerca de dez dias depois do parto, 1319 puérperas, sendo-lhes explicados os objectivos do estudo clínico, e os seus procedimentos. Setenta mulheres aceitaram participar, tendo-se realizado as sessões no local disponível mais próximo das suas residências. Das 86 mulheres que iniciaram o processo preventivo, apenas 65 o completaram (76 %).

2.2. Plano da investigação

De acordo com os objectivos formulados no capítulo III, foram constituídos três grupos de puérperas. Um grupo foi submetido a uma intervenção desenvolvimentista com didáctica *construtivista*. Outro, à mesma intervenção desenvolvimentista mas com didáctica de orientação *racionalista*. Nessas abordagens, as mulheres foram confrontadas às cinco personagens da dramatização vídeo, reflectindo outros tantos níveis de significações sintomáticas e de significações de confronto/resolução. Estes dois grupos experimentais diferenciaram-se, sobretudo, pelas didácticas a que eram expostos, ou seja, a uma didáctica construtivista, promotora da autonomia e da criatividade, ou a uma didáctica racionalista, promotora da identificação e substituição de significações inadequadas (ver capítulo III secção 5.). O terceiro grupo foi sujeito apenas às mesmas avaliações que os grupos precedentes, funcionando como *grupo controlo*, sem intervenção.

À medida que as mulheres foram sendo contactadas e aceitavam colaborar nas sessões de intervenção, eram integradas, como mencionado, no subgrupo que funcionava no local mais próximo da sua residência. Assim, a distribuição das mulheres pelos dois grupos de intervenção desenvolvimentista foi feita aleatoriamente mas dentro das zonas de residência. Estes subgrupos funcionaram como *grupos abertos*, podendo as mulheres iniciar o seu processo preventivo em qualquer momento da sequência de mostra dos vídeos temáticos. Esta sequência foi, para os diferentes locais onde se implementou o programa preventivo, subordinada a um quadrado latino (ver Quadro N), de forma a eliminar, tanto quanto possível, as influências atribuíveis à ordem de apresentação.



QUADRO 12
Ordens de apresentação dos 4 vídeos

tema 1	tema 2	tema 3	tema 4
tema 2	tema 3	tema 4	tema 1
tema 3	tema 4	tema 1	tema 2
tema 4	tema 1	tema 2	tema 3

A ordem entre os temas foi a seguinte:

tema 1 - Atribuição de incompetência para cuidar do bebé

tema 2 - Percepção de relação conjugal deficiente ou inexistente

tema 3 - Dificuldade em assumir o papel de mãe

tema 4 - Perda de autonomia e crise existencial

As mulheres, que intervieram no processo preventivo, foram sujeitas a três momentos de avaliação: 2 semanas, oito semanas e três meses depois do nascimento do bebé. Estes momentos de avaliação corresponderam, respectivamente, à avaliação de pré-intervenção, de pós-intervenção e de *follow-up*, tendo sido avaliadas as mesmas variáveis e utilizados os mesmos instrumentos de avaliação do estudo de caracterização da população. Os momentos de avaliação são, por sua vez, equivalentes aos daquele estudo (ver Quadro 8).

2.2.1. Intervenção desenvolvimentista

A intervenção decorreu ao longo de seis sessões, uma por semana, e com uma duração média de 2 horas e 30 minutos cada. A primeira sessão teve lugar aproximadamente quinze dias depois do parto, e foi preenchida com a explicação dos procedimentos do programa e com a avaliação pré-intervenção. Esta sessão foi individual. As sessões 2, 3, 4, e 5 constituíram o programa propriamente dito e nelas foram apresentadas, por meio da dramatização videográfica, as significações sintomáticas e de confronto/resolução relativas aos quatro temas

do estudo. Como indicado, estas sessões foram realizadas com um formato de "falso grupo", à maneira da terapia cognitiva grupal (ver capítulo II). Na sessão 6 procedeu-se à avaliação pós-intervenção. Esta sessão foi, igualmente, individual.

2.2.1.1. Estrutura das sessões

Na primeira sessão foram explicitados os objectivos da intervenção e explicada a metodologia com que a mulher seria confrontada. Nesta sessão foram introduzidos pequenos excertos dos quatro vídeos a que a mulher seria exposta nas sessões seguintes. Também nesta sessão, procedeu-se à avaliação pré-intervenção, nos casos em que as puérperas tinham sido contactadas pelo telefone.

As sessões 2, 3, 4, e 5 tiveram uma estrutura semelhante. O Quadro 12 resume os diferentes momentos de uma sessão típica desta fase.

QUADRO 13 **Estrutura de uma sessão típica**

1. Introdução ao tema
2. Apresentação do vídeo
 - (a) didáctica
 - (b) apresentação dos personagens
 - (c) exposição aos cinco níveis de significações sintomáticas
 - (d) identificação com sistema de significações sintomáticas
 - (e) exposição aos cinco níveis de significações de confronto
 - (f) identificação com sistema de significações de confronto
3. Justificação das escolhas efectuadas

Assim, numa sessão normal, o terapeuta apresentava o tema que iria ser introduzido por meio da dramatização videográfica, fazendo uma breve exposição em que se visava salientar as significações depressogéneas mais comuns respeitantes ao tema. Em seguida, procedia-se à apresentação do vídeo. Como referido, cada vídeo era constituído por duas partes distintas: (a) significações sintomáticas; e (b) significações de confronto/resolução. Depois da

apresentação das significações sintomáticas, a espectadora tinha de indicar as suas escolhas, utilizando, para tal, um pequeno bloco de folhas impressas, que acompanhavam as diferentes fases do processo de identificação: (1) indicação do personagem de que a mulher se considerava mais próxima (nesta fase, o bloco continha os nomes dos diferentes personagens); (2) indicação das significações sintomáticas que mais se assemelhavam às da própria mulher (neste caso, o bloco incluía alguns exemplos das auto-verbalizações de cada personagem); (3) identificação contextual com o personagem (nesta fase, o bloco continha a descrição da situação de vida de cada personagem); finalmente, (4) indicação das reacções emocionais mais comuns ressentidas pela espectadora (neste caso, o bloco apresentava uma listagem das reacções depressivas mais frequentes na depressão puerperal). Seguiu-se, após um pequeno intervalo, a apresentação da parte do vídeo correspondente às significações de confronto/resolução. No seu final, a espectadora devia proceder, de novo, a uma escolha. Para facilitá-la, recorreu-se, igualmente, a um bloco de folhas onde se apresentavam alguns exemplos retirados do discurso de confronto dos personagens. A escolha era aí registada. Finalmente, as mulheres deviam justificar *todas* as suas escolhas perante as outras mulheres, confrontando e sendo, assim, confrontadas com outras significações, sintomáticas e de confronto/resolução.

A 6ª e última sessão foi reservada à avaliação pós-intervenção e ao esclarecimento de algum aspecto que não tinha sido esclarecido nas sessões anteriores.

2.2.1.1. Estrutura dos vídeos

Foram elaboradas quatro dramatizações videográficas, dizendo respeito aos quatro temas referidos no capítulo anterior (i.e., dificuldade em assumir o papel de mãe, atribuição de incompetência para cuidar do bebé, percepção de relação conjugal deficiente ou inexistente e sensação de crise existencial e perda de autonomia). Cada uma destas gravações durava cerca de 43 minutos, incidindo sobre as significações sintomáticas e de confronto/resolução relacionadas com cada tema (ver exemplos no capítulo anterior, nas secções 2. e 7.). Nestes vídeos, além das significações verbalmente expressas pelos personagens, era igualmente importante revelar a sua expressão emocional (a nível fisicamente explícito).

Os quatro vídeos continham uma estrutura semelhante, distinguindo-se essencialmente

pelo seu conteúdo e pela ordem em que apareciam as cinco personagens. Estas, já descritas no capítulo II, eram sempre as mesmas, de vídeo para vídeo, representadas por actrizes amadoras, e reflectiam os diferentes níveis de significações sintomáticas e de confronto/resolução. As significações características de cada nível eram expressas sob a forma de um monólogo ou diálogo com o *self*, verbalizando, assim, os pensamentos e as racionalizações. Pontualmente, ocorria um pequeno diálogo com outro personagem, para melhor explicitar as idéias depressogêneas ou confrontantes da personagem central. O Quadro 13 mostra como cada vídeo se encontrava organizado.

QUADRO 14
Estrutura comum aos quatro vídeos

1. didáctica
2. apresentação dos personagens
3. significações sintomáticas dos diferentes personagens
4. significações de confronto

A ordem pela qual os cinco personagens foram apresentados nos vídeos encontrava-se, também, estruturada por meio de um quadrado latino irregular (ver Quadro 14), para evitar efeitos atribuíveis à ordem de exposição.

QUADRO 15
Ordem de apresentação dos personagens em cada tema

tema 1 - nível 5	nível 3	nível 1	nível 2	nível 4
tema 2 - nível 4	nível 2	nível 5	nível 1	nível 3
tema 3 - nível 1	nível 2	nível 3	nível 4	nível 5
tema 4 - nível 3	nível 2	nível 4	nível 5	nível 1

Os guiões utilizados por cada personagem, e que se pretendiam reflectir o seu nível

significativom, foram sujeitos, à medida que iam sendo elaborados, a uma validação progressiva. De facto, esses guiões foram discutidos por todos os investigadores que colaboraram no referido projecto, da J.N.I.C.T., tendo sido submetidos a um processo de apresentação, reflexão, discussão e correcção, no sentido de aumentar a sua representatividade significativa.

Ao longo de cada vídeo surgia, por diversas vezes, a informação de que devia ser dada muita atenção às diferentes formas de pensar e de agir das personagens, sendo pedido a cada mulher que as comparasse com as suas próprias formas. De igual modo, no decorrer da sessão, a espectadora foi repetidas vezes informada de que lhe seriam pedidas várias identificações com os personagens, tendo que justificar as escolhas efectuadas. Esta prática deveu-se, sobretudo, à intenção de evitar uma dispersão da atenção da espectadora, enquanto exposta ao vídeo.

2.2.2. Grupo controlo

O grupo controlo foi sujeito apenas ao processo avaliativo. Este grupo foi constituído pelas mulheres que tinham completado o processo de avaliação no estudo anterior, ou seja, que tinham respondido aos questionários enviados uma semana, oito semanas e três meses depois do parto, no estudo de caracterização das reacções emocionais no pós-parto.

2.3. Critérios de selecção e características da população

O estudo clínico desenvolvimentista compreendeu 106 mulheres da região de Lisboa que tinham tido um bebé pouco tempo antes. Como referido, estas mulheres foram contactadas no Hospital de S. Francisco Xavier, na Maternidade Alfredo da Costa, ou pelo telefone a partir das informações fornecidas por esta instituição hospitalar. Para poderem participar no estudo, as mulheres deveriam: (a) saber ler e escrever, de forma a compreenderem e poderem ler as indicações didácticas apresentadas nas sessões e preencher, de forma autónoma, os questionários utilizados nas fases de avaliação; (b) ter disponibilidade para se deslocarem ao local mais próximo da sua residência onde decorresse um dos processos grupais; (c) não se encontrar emocionalmente perturbadas num grau que prejudicasse o desenrolar normal das sessões grupais, ou seja, que interferisse com o desempenho das outras participantes; e (d) ter

tido o bebé não mais do que duas semanas antes da primeira sessão.

QUADRO 16
Características demográficas da população dos grupos
desenvolvimentista e controlo

GRUPOS VARIÁVEIS	DESENVOLVIMENTISTA (n=65)	CONTROLO (n=41)
Idade	26.77 +/- 3.5 (máx. = 40) (min. = 20)	26.4 +/- 3.6 (máx. = 34) (min. = 20)
Estado civil Casadas Não-casadas	59 (90.7%) 6 (9.3%)	35 (85.4%) 6 (14.6%)
Trabalho Fora de casa Em casa ?	52 (80.0%) 9 (13.8%) 4 (6.2%)	29 (70.7%) 8 (19.5%) 4 (9.8%)
Habilitações 1º nível 2º nível 3º nível	6 (9.2%) 40 (61.5%) 19 (29.2%)	5 (12.2%) 21 (51.2%) 15 (36.6%)
Paridade Primíparas Múltiparas	46 (70.8%) 19 (29.2%)	29 (70.7%) 12 (29.3%)
Gravidez Planeada Não-planeada	51 (78.5%) 14 (21.5%)	31 (75.6%) 10 (24.4%)

QUADRO 17
Características demográficas da população dos grupos
desenvolvimentistas com didáctica construtivista e racionalista

SUBGRUPOS VARIÁVEIS	CONSTRUTIVISTA (n = 33)	RACIONALISTA (n = 32)
Idade	27 +/- 3.6 (máx. = 40) (min. = 21)	26.53 +/- 3.34 (máx. = 34) (min. = 20)
Estado civil Casadas Não-casadas	31 (94.0%) 2 (6.0%)	28 (87.5%) 4 (12.5%)
Trabalho Fora de casa Em casa ?	27 (81.8%) 6 (18.2%) 0 (0.0%)	25 (78.1%) 3 (9.4%) 4 (12.5%)
Habilitações 1º Nível 2º Nível 3º Nível	4 (12.1%) 18 (54.5%) 11 (33.3%)	2 (6.3%) 22 (68.8%) 8 (25.0%)
Paridade Primíparas Múltiparas	26 (78.8%) 7 (21.2%)	20 (62.5%) 12 (37.5%)
Gravidez Planeada Não-planeada	28 (84.8%) 5 (15.2%)	23 (71.9%) 9 (28.1%)

Estas 106 mulheres foram distribuídas por dois grandes grupos: (a) grupo sujeito à intervenção preventiva desenvolvimentista, composto por 65 mulheres; e (b) grupo de controlo, sem intervenção, composto por 41. O grupo de intervenção desenvolvimentista foi, por sua

vez, dividido em dois subgrupos : (a) grupo sujeito à didáctica construtivista, composto por 33 mulheres; e (b) grupo sujeito à didáctica racionalista, composto por 32. Os Quadros 15 e 16 resumem as características demográficas dos grupos e subgrupos. As amostras que compunham os dois grupos apresentavam frequências muito semelhantes em praticamente todas as variáveis demográficas, podendo concluir-se que representavam a mesma população.

Os dois subgrupos, com didáctica construtivista e didáctica racionalista, também apresentavam valores muito semelhantes nas diferentes variáveis demográficas, podendo ser também considerados como duas amostras equivalentes da mesma população.

3. Instrumentos de avaliação

Como referido, os instrumentos de avaliação utilizados nos dois estudos, de caracterização e intervenção preventiva, foram os mesmos. De igual modo, os diferentes momentos de avaliação nos dois estudos foram coincidentes e compreenderam, em cada momento, os mesmos questionários. Na medida em que teria sido extremamente difícil, senão mesmo impossível, proceder às avaliações de todas as mulheres por meio de uma entrevista, optou-se por utilizar instrumentos de *auto-avaliação*. Para além da economia de tempo e esforços, por parte do experimentador, o recurso a este tipo de instrumentos possibilitou às participantes uma melhor gestão do tempo dispendido com o seu preenchimento. De igual modo, e na medida em que uma parte substancial dos questionários foi enviada pelo correio a cada mulher, e posteriormente devolvida do mesmo modo ao investigador, foi necessário recorrer a instrumentos de auto-avaliação que fossem culturalmente acessíveis ou de fácil preenchimento.

Este tipo de instrumentos tem sido amplamente divulgado na literatura psicológica (c.f., Tasto, 1976; Hersen e Bellack, 1976, 1980; Merluzzi e Genest, 1981), e o seu uso é cada vez mais frequente. Na depressão pós-parto, tem constituído o modo privilegiado de avaliação (c.f., Braverman *et al.*, 1978; Cutrona, 1984 ; Hopkins, 1984). Para além de dispensarem a presença do terapeuta, podem, na sua maioria, ser preenchidos em menos tempo do que o requerido por uma avaliação feita em consulta. Geralmente, a suas validades e garantias encontram-se bem estabelecidas, justificando o seu uso tanto no contexto clínico como no de

investigação.

No Quadro 8 encontram-se listadas as variáveis avaliadas nos dois estudos. O peso e a importância dessas variáveis neste trabalho são, naturalmente, diferenciados. Como referido, os seus objectivos prenderam-se, sobretudo, com a caracterização e a prevenção, por meio de uma metodologia desenvolvimentista, de reacções emocionais excessivas no pós-parto. As variáveis privilegiadas diziam, assim, respeito às reacções depressogéneas e ansiogéneas, à somatização, à sensibilidade interpessoal e à hostilidade, à possibilidade de ajuda por parte de outrem, bem assim como ao nível de desenvolvimento socio-cognitivo e às operações dialécticas utilizadas para confrontar essa emocionalidade. Seguidamente, descrevem-se esses instrumentos, salientando a sua relevância para os estudos e os momentos em que foram utilizados.

3.1. Instrumentos de avaliação das reacções emocionais

Os instrumentos utilizados para avaliar a intensidade das reacções emocionais foram: (a) Inventário de Depressão de Beck (BDI; Beck *et al.*, 1961; Serra, 1972); (b) Inventário Breve de Sintomas (BSI; Derogatis, 1982).

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O BDI foi elaborado a partir da observação clínica das atitudes e dos sintomas manifestados por pacientes psiquiátricos deprimidos (Beck *et al.*, 1961). Estas observações foram sistematicamente reduzidas e sistematizadas até serem condensadas num conjunto de 21 itens de sintomas e atitudes, de escolha múltipla, passíveis de serem cotados de 0 a 3, em termos da respectiva intensidade. Estes itens referem-se a: (1) humor; (2) pessimismo; (3) sentimento de fracasso; (4) falta de satisfação; (5) sentimentos de culpa; (6) sentimentos de punição; (7) auto-reprovação; (8) auto-acusação; (9) idéias suicidárias; (10) choro; (11) irritabilidade; (12) isolamento social; (13) indecisão; (14) distorção da imagem corporal; (15) dificuldade em trabalhar; (16) perturbações do sono; (17) fadigabilidade; (18) perda de apetite; (19) perda de peso; (20) preocupações somáticas; e (21) perda da libido. Os itens não foram estruturados de forma a reflectir qualquer teoria sobre a depressão, mas tão somente para permitirem uma auto-avaliação de conteúdos depressogéneos. O resultado final do Inventário

é obtido através da adição simples dos resultados de cada um dos 21 itens, o que possibilita um total máximo de 63 pontos. Para Beck *et al.* (1961), os resultados entre 0 e 9 são considerados normais; enquanto que entre 10 e 15 representam depressão ligeira; entre 16 e 19, depressão moderada; entre 20 e 29, depressão moderadamente intensa; entre 30 e 63, depressão grave.

Inicialmente, foi concebido para ser utilizado por examinadores treinados que, depois da leitura das opções de cada item, solicitavam ao sujeito uma escolha. Contudo, o BDI é, agora, sobretudo utilizado como um instrumento de auto-descrição, sob a forma de "papel-e-lápis".

Os primeiros estudos psicométricos de validação basearam-se numa amostra de 606 pacientes de classes socio-económicas mais desfavorecidas, admitidos em regime ambulatorio, ou para internamento num grande hospital citadino (Beck, 1972). O coeficiente de garantia interna pelo método de partição foi, para esta amostra, de 0.86, enquanto que os resultados globais do BDI apresentavam um coeficiente de correlação de 0.65 com as avaliações efectuadas pelos clínicos.

Beck *et al.* (1961) comprovaram que o BDI se encontrava significativamente relacionado com as avaliações independentes levadas a cabo por observadores treinados, tendo outros investigadores confirmado essa constatação (May *et al.*, 1969; Williams *et al.*, 1972; Beck *et al.*, 1975).

Apesar deste instrumento apresentar uma boa validade discriminativa, nomeadamente entre pacientes deprimidos e pacientes ansiosos (Steer *et al.*, 1986), Langevin e Stancer (1979) sugeriram que o BDI apresenta fragilidades no que respeita à validade de construto, podendo reflectir apenas desejabilidade social. De facto, a correlação produto-momento de Pearson entre o BDI e a Escala de Desejabilidade Social de Edwards foi de -0.83 (Langevin e Stancer, 1979).

A estabilidade temporal do BDI através do método de teste-reteste parece ser bastante elevada. Contudo, encontra-se estreitamente ligada às instruções, que são fornecidas ao paciente para o seu preenchimento. Se lhe for pedido para descrever tal como se sente naquele preciso momento, não é de esperar uma grande estabilidade temporal. Se, pelo contrário, for pedido ao sujeito para se descrever tal como se sentiu durante a semana precedente, os coeficientes de estabilidade podem ser mais elevados.

Seguindo uma tradição bem estabelecida na América do Norte, o BDI tem sido sobretudo estudado por meio de populações de estudantes universitários, visando o despiste de sintomatologia depressiva.

Vários trabalhos sugeriram que o BDI não é sensível a diferenças atribuíveis ao sexo dos sujeitos quando as respostas são anónimas (Baumgart e Oliver, 1981), ou mesmo quando utilizado numa situação de entrevista a dois (Bryson e Pilon, 1984). Estes autores referiram que o sexo do entrevistador não interferia com os resultados obtidos, uma vez que as diferenças atribuíveis ao sexo na depressão dependem mais das características da amostra do que da forma como o Inventário é utilizado.

Servindo-se de uma população de 56 estudantes, Bumbery *et al.* (1978) verificaram que o BDI apresentava uma correlação de 0.77 com avaliações realizadas por observadores treinados.

O BDI tem sido utilizado em vários estudos que visando definir não só a etiologia da depressão, mas também os seus sintomas, perturbações ou carências, cognitivos e comportamentais. Uma relação exaustiva dos estudos onde o BDI surge como instrumento caracterizador, ou como variável dependente, ultrapassa os limites desta apresentação, na medida em que os registos do Centro para a Terapia Cognitiva apontam para a existência de mais de 500 estudos, que a ele se referem (Steer, Beck e Garrison, 1986).

O BDI tem sido frequentemente utilizado no estudo da relação entre padrões diferentes de depressão e outras dimensões, como o *stress* ambiental (Hammen, 1978), os níveis de auto-depreciação (Frost, Graf e Becker, 1979), os erros cognitivos (Kantz e Hammen, 1979), ou a resolução de problemas interpessoais (Gotlib e Asarnow, 1979; Dobson e Dobson, 1981).

Fazendo juz à sua pretendida isenção teórica, o BDI tem sido, igualmente, utilizado em estudos fundamentados em formulações psicanalíticas, nomeadamente quanto à relação existente entre depressão e hostilidade (Gottschalk *et al.*, 1963).

Em geral, nestes trabalhos, o BDI é utilizado como instrumento de despistagem (DeMonbreun e Craighead, 1977; Nelson e Craighead, 1981). Os resultados parecem muitas vezes contraditórios devido, essencialmente, aos diferentes critérios quantitativos utilizados para a definição das categorias consideradas de gravidade das reacções depressivas. Enquanto

que alguns desses estudos, utilizando fundamentalmente populações de estudantes, estabeleceram como critério um resultado no BDI superior a 10 (Oliver e Burckham, 1979), outros optaram por um resultado superior a 12 (Serra, 1972), tornando difícil a sua comparação.

Paralelamente ao facto de ter vindo a ser utilizado como instrumento avaliador da gravidade da sintomatologia depressiva, o BDI tem, também, servido como instrumento de comprovação da existência de progresso terapêutico. Tratando-se de um instrumento bastante sensível a mudanças na intensidade da sintomatologia depressiva (Taylor e Marshall, 1977; Bigman e Crocker, 1982), um decréscimo no seu resultado global pode ser interpretado como representando uma resposta positiva ao tratamento. Assim, este instrumento tem sido usado como critério para demonstrar a eficácia, no combate à depressão, do uso de carbonato de lítio (Mendels *et al.*, 1972), da Terapia Electroconvulsiva (Costello *et al.*, 1970; West, 1981), da Terapia Cognitiva (Beck *et al.*, 1979), e do *Coping with Depression Course* (Lewinsohn *et al.*, 1986), entre outros. Comparando tratamentos cognitivo-comportamentais com outros tipos de intervenções, Rush *et al.* (1977) e Kovacs *et al.* (1981) utilizaram-no como instrumento de avaliação das diferentes abordagens, concluindo que o BDI, aplicado individualmente, era sensível às mudanças terapêuticas, enquanto que Blackburn *et al.* (1981) e Antonuccio *et al.* (1982) demonstraram que era igualmente sensível às mudanças terapêuticas, quando utilizado num formato grupal.

O BDI tem, igualmente, sido utilizado em contextos médicos não-psiquiátricos. Por exemplo, servindo-se dele, Moffic e Paykel (1975) verificaram que 24% das novas admissões a uma instituição hospitalar apresentavam sintomatologia depressiva, enquanto que mais 5% dessas admissões apresentavam o mesmo tipo de sintomatologia durante a primeira semana de internamento. Por outro lado, Nielsen e Williams (1980) verificaram que, em 526 doentes não-psiquiátricos em regime ambulatorio, 12.2% apresentavam depressões ligeiras; 5.5%, depressões moderadas; 0.6%, depressões graves. O facto dos médicos assistentes destes doentes não terem diagnosticado a depressão em cerca de 50% daqueles que o BDI indicava, por sua vez, como estando deprimidos, torna particularmente importante este estudo de Nielsen e Williams (1980). O que parece justificar a utilidade do BDI como instrumento discriminativo

para o despiste sistemático de doentes deprimidos, cuja perturbação emocional pode escapar ao escrutínio médico.

O BDI tem sido usado em estudos relativos a uma já impressionante variedade de problemas de saúde como, por exemplo, a obesidade (Fisher, 1967), a cirurgia cardíaco-torácica (Bech e Hey, 1979), a dor crónica (Khatami e Rush, 1978; Mohamed *et al.*, 1978), a hemodiálise (Rhodes, 1981), o hipotireoidismo (Jain, 1971), as doenças da pele (Fava *et al.*, 1980) e as reacções ao uso de contraceptivos orais (Herzberg *et al.*, 1970).

Na depressão pós-parto, tem sido usado com muita frequência, sendo considerado como um instrumento central na investigação desta perturbação (Cutrona, 1984; Hopkins, 1984; Hopkins *et al.* 1987; O'Hara, 1982, 1986; O'Hara *et al.*, 1983, 1984).

Vaz Serra (1972) aferiu este Inventário para a população portuguesa. Para este autor, só se pode considerar que existem sintomas depressivos a partir de um resultado global de 12. Este critério, em conjunção com a informação disponibilizada pelo BSI, descrito a seguir, foi adoptado nesta tese para definir a existência, ou não, de uma sintomatologia depressiva. Solicitou-se às participantes a resposta a este inventário a partir dos sentimentos e reacções percebidos na semana imediatamente anterior a esse preenchimento. O BDI foi utilizado nos três momentos de avaliação.

Inventário Breve de Sintomas (BSI)

O Inventário Breve de Sintomas (Derogatis, 1982) é um instrumento de auto-avaliação derivado da SCL-90-R (Derogatis, 1975, 1977). No entanto, trata-se de um instrumento autónomo e válido *per se*. O BSI foi concebido para responder à necessidade, sentida em muitas situações, de se poder dispor de um questionário de aplicação mais rápida do que a do instrumento que lhe deu origem. Com o BSI, foi possível reduzir o tempo de aplicação de 15-20 minutos (SCL-90-R) para 7-10 minutos (BSI). Assim, o BSI tem tido uma grande aceitação em clínica e na investigação, sobretudo quando "o tempo é essencial".

Constituído por 53 itens, o BSI pretende reflectir os padrões psicológicos sintomáticos, tanto de pacientes psiquiátricos ou do fôro médico em geral, como de indivíduos ditos "normais". Cada item é cotado numa escala de perturbação de 5 pontos (de 0 = "nenhuma", até

4 = "extrema"). Os itens encontram-se relacionados com 9 sub-escalas, ou dimensões sintomáticas primárias:

1. somatização
2. obsessivo-compulsiva
3. sensibilidade inter-pessoal
4. depressão
5. ansiedade
6. hostilidade
7. ansiedade fóbica
8. ideação paranóide
9. psicoticismo

Além dos resultados parciais relativos a cada uma destas dimensões, pode ainda obter-se resultados de três índices globais, que aumentam a flexibilidade da avaliação:

1. índice de gravidade global
2. índice positivo de perturbação sintomática
3. total positivo de sintomas

Nesta tese, foram consideradas apenas as subescalas correspondentes à somatização, à sensibilidade inter-pessoal, à depressão, à ansiedade e à hostilidade, se bem que o instrumento tenha sido utilizado na sua forma completa. De igual modo, apenas se considerou o índice de gravidade global.

Estas dimensões são justamente aquelas que aparecem de forma dominante na literatura relativa à depressão puerperal (ver Capítulo I). Os itens da escala de somatização reflectem a perturbação causada pela percepção de uma disfunção corporal, e incidem sobre as queixas ao nível dos sistemas cardio-vascular, gastrointestinal e respiratório, assim como outros sistemas com forte mediação autonómica. A dôr e o desconforto sentidos ao nível da musculatura, grosseira, habitualmente associados à ansiedade, fazem, também, parte desta dimensão. Por seu lado, os itens incluídos na dimensão de sensibilidade inter-pessoal centram-se nos sentimentos de inadequação e inferioridade, particularmente em processos comparativos com outrém. As pessoas com um resultado elevado nesta dimensão tendem a manifestar

expectativas negativas, relativas aos seus comportamentos de comunicação inter-pessoal. A dimensão de depressão reflecte um conjunto representativo de sintomas clínicos depressogéneos. Entre eles, salientem-se a disposição disfórica, os sentimentos de desespero, a ideação suicidária e outros aspectos cognitivos e somáticos correlacionados com a depressão. A escala de ansiedade contempla itens relacionados com os sintomas e os sinais que se encontram clinicamente correlacionados com níveis de ansiedade manifesta elevados (e.g., nervoso e tensão, ataques de pânico, sentimentos de terror). A dimensão de hostilidade inclui itens relacionados com pensamentos, sentimentos ou acções características das reacções de cólera.

Nas instruções, e de uma forma semelhante ao BDI, foi indicado às mulheres que deveriam responder a este instrumento com base nos sentimentos e reacções percebidos na semana imediatamente anterior.

De forma geral, não se levantam problemas na adesão dos pacientes a este inventário. Para isso, contribui o relativamente curto espaço de tempo necessário para o completar (cerca de 7-10 minutos). Para o seu autor, o BSI pode ser utilizado com qualquer pessoa que integre qualquer das três categorias populacionais a seguir referidas: pacientes psiquiátricos; pacientes do fôro médico em geral; e não pacientes.

Sendo um instrumento padronizado, a sua cotação é feita por meio do somatório dos valores atribuídos aos itens, que compõem cada escala ou índice. Em seguida, os resultados brutos são transformados em resultados padronizados. Nesta tese, utilizaram-se as normas do grupo de não pacientes, como grupo de referência para o BSI.

Este instrumento pode ser usado para uma única avaliação, ou de forma repetida. A sua estabilidade temporal pelo método de teste-reteste mostrou-se satisfatória para as várias dimensões e índices ($.68 < r < .91$). Por seu lado, as correlações com o MMPI são, também, satisfatórias ($.30 < r < .72$). Esta validação foi realizada através de uma reinterpretação de um trabalho anterior, onde se tinham comparado SCL-90-R com o MMPI (Derogatis *et al.*, 1976).

A identificação de níveis patológicos é feita na base de dois critérios alternativos. Para que uma pessoa seja classificada como apresentando patologia, é necessário que atinja: (a) valores iguais ou superiores a 63 (padronizados) em pelo menos duas dimensões primárias; (b)

um valor, também padronizado, igual ou superior a 63 no índice de gravidade geral. O grupo referência é, para este cálculo, constituído pelos não-pacientes.

Do conhecimento do autor desta tese, não foi ainda realizada uma aferição deste instrumento para a população portuguesa, pelo que os resultados obtidos foram sujeitos a uma análise cautelosa. De igual modo, também não se conhece qualquer outro trabalho onde o BSI tenha sido utilizado no estudo da depressão pós-parto.

O BSI foi utilizado nos três momentos de avaliação.

3.2. Instrumento usado para avaliar as operações dialécticas de confronto

As operações dialécticas utilizadas pelas puérperas para confrontar as reacções depressogéneas e ansiogéneas, foram avaliadas através do QAIN-R. Trata-se, fundamentalmente de uma adaptação de um instrumento de orientação desenvolvimentista, concebido e validado pelo autor (QAIN; Fradique, 1984).

Na sua forma original, o QAIN dirige-se, essencialmente, aos sentimentos e idéias negativas manifestadas pelo cliente, visando uma avaliação não só das frequências com que ocorrem, mas também das *operações dialécticas* (Joyce-Moniz, 1983) que a pessoa utiliza para confrontar esses elementos perturbadores. O QAIN é um questionário de auto-avaliação das frequências de ideias negativas e das estratégias de confronto preferenciais para cada paciente. É constituído por 12 itens, representando situações que reflectem os sentimentos e idéias negativas mais representativos da *triade cognitiva* de Beck (Beck, 1976; Beck *et al.*, 1979). Cada item encontra-se dividido em duas partes (A e B). Na parte A, que caracteriza o estado (e.g., "estou triste"), a pessoa tem de referir-se à *idéia negativa* (e.g., atribuição, sentimento ou sensação), e marcar a frequência da sua ocorrência numa escala de cinco opções (de 1-"quase sempre" até 5-"raramente"). A ordem de atribuição verbal/numérica encontra-se invertida para evitar, pelo menos inicialmente, respostas de atribuição directa. Nesta parte obtém-se uma frequência mínima de 12 e uma frequência máxima de 60. Quanto mais elevado este resultado, menos pensamentos negativos são referidos pelo paciente. Na parte B, surge a oportunidade de confronto (e.g., "quando estou triste"). A pessoa tem de considerar todos os possíveis pensamentos de confronto descritos, identificando aquele que utiliza mais frequentemente para

confrontar, ou não, a idéia negativa, obtendo-se, assim, 12 escolhas. Se não conseguir decidir-se por um único, pode assinalar os dois mais frequentes, obtendo-se, então, um máximo de 24 escolhas. Os pensamentos de confronto reflectem as acções dialécticas sugeridas por Joyce-Moniz (1983). A estabilidade temporal por meio do teste-reteste, com uma semana de intervalo, mostrou-se satisfatória [parte A: $r = .93$; parte B (através do número de estratégias compensatórias escolhidas): $r = .91$]. As correlações destas duas subescalas com o BDI (Beck *et al.*, 1961) e com a Escala de Asserção de Rathus (Rathus, 1973) são bastante elevadas, demonstrando a sua validade concorrente ($-.42 < r < .749$). De igual modo, o QAIN demonstrou uma boa validade discriminativa, diferenciando uma população clínica de outra não clínica ($t = 6.69$; $p < .001$; $t = 4.59$; $p < .001$) (Fradique, 1984). As duas subescalas encontram-se inversamente relacionadas e são bastante discriminativas entre si.

Na adaptação utilizada nesta tese (QAIN-R), consideraram-se apenas 10 dos 12 itens originais. Assim, os resultados máximos e mínimos possíveis para a subescala de frequência de pensamentos negativos são, respectivamente, de 50 e 10. De igual modo, na subescala correspondente às acções dialécticas, foi solicitado à puerpera que assinalasse apenas uma escolha.

No QAIN-R, as acções dialécticas correspondem às que foram recentemente formalizadas por Joyce-Moniz (1985, 1989, 1992) (Ver Capítulo III), tendo sido acrescentadas, nos itens que o justificavam, as operações por *intuição* e por *combinatória* (Joyce-Moniz, 1985). Assim, as operações postas à disposição das puerperas, neste questionário, consistem em:

(a) *centração proposicional por explicação causal*: Procuro analisar as razões que levaram a sentir-me ..., mas isso não me faz sentir melhor.

(b) *identidade*: Não procuro combater a idéia porque não sou capaz. Não procuro combater a idéia porque não serve para nada (considerando, por exemplo, que sou feita assim).

(c) *inversão*: Procuro combater esta idéia (dizendo-me, por exemplo, que só serve para fazer-me ainda mais ...).

(d) *reciprocidade*: Procuro afastar esta idéia (pensando, por exemplo, em coisas positivas que me aconteceram ou me podem acontecer). Não procuro afastar a idéia porque sei

que me sentirei melhor quando a ... passar.

(e) *intuição*: Confio na intuição para vir a resolver a situação.

(f) *combinatória*: Imagino pelo menos uma solução para a resolver, considerando as suas vantagens e os seus inconvenientes. Imagino o maior número possível de soluções e, depois de ter comparado as respectivas vantagens e inconvenientes, escolho a melhor.

O critério que presidiu à selecção de apenas estas estratégias e não de todas aquelas que foram formalizadas (Joyce-Moniz, 1989, 1992), obedeceu, por um lado à estrutura do instrumento original (QAIN; Fradique 1984), e por outro, à intenção de não confundir as puérperas, submetendo-lhes uma listagem exhaustiva de todas as operações dialécticas.

Este questionário foi utilizado nos três momentos de avaliação.

3.3. Instrumento de avaliação do nível de desenvolvimento socio-cognitivo

Para tornar possível a classificação das puérperas em níveis de desenvolvimento socio-cognitivo, à luz do modelo de Joyce-Moniz (1989, 1992) (ver capítulo III), elaborou-se um questionário (Questionário de Pensamentos Temáticos, QPT) contendo 4 grupos de itens, relacionados com as quatro áreas temáticas, ou sistemas de significações, seleccionados para o estudo clínico desenvolvimentista (Joyce-Moniz e Fradique, 1989). Cada grupo de itens contém asserções normativas e valorativas características dos cinco níveis de significações, antes apresentados (e.g., "Na relação conjugal preciso da protecção do meu marido"; "o que eu mais detesto é não cumprir o meu dever").

A resposta é dada por meio de uma escala de 7 pontos, definida como se segue:

1-concordo completamente; 2-concordo bastante; 3-concordo ligeiramente; 4-hesitação;

5-discordo ligeiramente; 6-discordo bastante; 7-discordo completamente.

Elaborado desta forma, este questionário permitiu classificar, em termos desenvolvimentistas globais, as mulheres participantes nos estudos. Por seu lado, esta classificação indicou, o nível de significação com que a puérpera apresentava maior concordância nas asserções normativas e valorativas. O nível de significação final envolve os quatros grupos de itens e obtem-se calculando a média e o desvio-padrão do grau de concordância das quatro asserções características de cada nível. O nível de significação da

puérpera correspondeu àquele para o qual surgiam conjugados a menor média e o menor desvio-padrão. O coeficiente de estabilidade temporal pelo método de teste-reteste era, para as 32 mulheres que serviram de amostra de validação, igual a .69 para 1 mês de intervalo, e a .83 para três meses.

O QPT foi utilizado apenas nos 1º e 3º momentos de avaliação nos dois estudos.

3.4. Escalas de sintomatologia na gravidez e no puerpério

As duas escalas de sintomas somáticos utilizadas foram adaptadas a partir de outras duas escalas apresentadas por Leifer (1980). Dizem respeito à sintomatologia sentida, a nível somático, durante os períodos, respectivamente, de gravidez e pós-parto. A primeira, da gravidez, foi utilizada de uma forma retrospectiva. Assim, a puérpera, durante a primeira ou segunda semanas depois do parto, teve de fazer um esforço de memória, de forma a identificar, de entre vinte itens diferentes (e.g., "tem enjoo matinal ou náusea?"; "tem tido problemas devidos à sua compleição física?"; "sente falta de energia?"), aquele, ou aqueles, que tinham ocorrido antes do nascimento do bebé. Essa identificação devia ser feita tanto a nível da frequência de ocorrência, como da intensidade do sintoma, através de duas escalas de 3 pontos cada (1-nunca; 2-às vezes; 3-frequentemente; 1-ligeira; 2-moderada; 3-intensa).

Originalmente, esta escala pressupõe, de forma a poder obter-se um resultado final, que qualquer item assinalado como tendo ocorrido, tem, também, uma cotação em termos da sua intensidade. É justamente por esta razão que a autora propõe, para a obtenção desse resultado final, a adição simples dos valores atribuídos à ocorrência e a intensidade do sintoma. Assim, o valor máximo possível neste instrumento seria de 120, e o mínimo de 20 [a intensidade do sintoma só seria cotada se tivesse, de facto, ocorrido (pontos 2 ou 3 na escala de frequência)]. Esta escala não foi, originalmente, sujeita a qualquer tratamento que visando estabelecer a sua validade ou garantia. Trata-se duma escala eminentemente clínico-descritiva. Nesta tese, também não se procurou averiguar quais as propriedades psicométricas deste instrumento. Assim como não se adicionaram os valores obtidos em termos da frequência e da intensidade. Foram, para todos os efeitos, consideradas como duas escalas separadas. No entanto, se bem que a escala de frequências não se encontrasse correlacionada com nenhum dos outros

instrumentos utilizados, a escala de intensidade do sintoma, e para a população que constituía a amostra do estudo piloto, encontrava-se positiva e significativamente correlacionada com todas as dimensões do BSI ($.37 < r < .42$; $p < .05$).

A listagem referente ao período pós-parto constituiu, igualmente, uma adaptação de uma escala semelhante elaborada por Leifer (1980). As suas características originais são semelhantes às da escala de sintomas na gravidez. A forma como foi usada neste estudo foi, também semelhante à descrita para essa escala. Esta escala contém, igualmente, 20 itens referentes à sintomatologia somática depois do parto (e.g., "a experiência do nascimento limitou a quantidade de trabalho que pode realizar?"; "tem-se sentido cansada quando se levanta de manhã?"; "tem-se sentido incomodada com a episiotomia?"), cotáveis em duas escalas semelhantes à listagem acima referida. Para esta listagem, tanto a escala de frequência como a de intensidade apresentam correlações positivas e significativas com o BSI. De qualquer forma, os resultados obtidos com estas escalas, de gravidez e de pós-parto, devem ser olhados com bastante cautela, posto que não foram aferidas para a nossa população.

As duas escalas foram utilizadas em momentos diferentes. A da gravidez foi respondida no 1º momento de avaliação, enquanto que a do pós-parto apenas o foi no 2º momento.

3.5. Questionário de avaliação da ajuda por parte de outrém

Para avaliar, oito semanas depois do parto, o grau de ajuda de que a mulher era alvo por parte daqueles que a rodeavam, procedeu-se a uma adaptação do Questionário de Suporte Social no Pós-parto (Hopkins, 1984). Este questionário é composto por 80 itens, num formato de auto-descrição, tendo sido elaborado para avaliar o grau de ajuda de que a mulher beneficia depois do nascimento do bebé. Mede o apoio emocional e instrumental fornecidos à puérpera pelo marido/companheiro, pelos familiares e pelos amigos. É composto por quatro sub-escalas: (a) apoio emocional por parte do marido/companheiro; (b) apoio instrumental por parte do marido/companheiro; (c) suporte emocional por parte de outros; e (d) apoio instrumental por parte de outros. Cada item é cotado, na forma original do questionário, através de duas escalas de 7 pontos: (a) frequência de ocorrência; (b) desejo de frequência de ocorrência. Nesta tese usou-se apenas a escala (a).

Um estudo piloto realizado pela autora (Hopkins, 1984), sobre 125 puérperas, revelou que as quatro sub-escalas apresentam uma consistência interna adequada ($.77 < \alpha < .89$). A garantia teste-reteste, com 49 mulheres e com o intervalo de dois meses, mostrou ser elevada ($.70 < r < .77$; $p < .001$).

Não foi feita qualquer tentativa de validação deste instrumento para a população portuguesa, pelo que os seus resultados devem ser encarados com alguma precaução.

O Quadro 17 apresenta os vários momentos de avaliação dos estudos e os instrumentos que foram utilizados cada um.

QUADRO 18
Instrumentos usados em cada momento de avaliação

1º momento (pré-intervenção)	2º momento (pós-intervenção)	3º momento (<i>follow-up</i>)
BDI	BDI	BDI
BSI	BSI	BSI
QAIN-R	QAIN-R	QAIN-R
QPT		QPT
Lista de sintomas- - gravidez	Lista de sintomas - - pós-parto	
	Questionário de ajuda no pós-parto	

CAPÍTULO V

RESULTADOS

1. Introdução

Neste Capítulo apresentam-se os resultados obtidos nos dois estudos realizados. Assim, em primeiro lugar será apresentada a análise dos dados referentes ao estudo de caracterização de uma população de puérperas da região de Lisboa. Depois, serão apresentadas as análises referentes às hipóteses formuladas para o estudo de comparação e validação do programa desenvolvimentista preventivo da depressão pós-parto.

2. Resultados do estudo de caracterização de uma população de puérperas da região de Lisboa

Este estudo de caracterização foi, como referido, um estudo descritivo, necessário para se obter um melhor conhecimento da forma como o processo depressivo puerperal se desenvolve na nossa população. Para esta análise, procedeu-se a análises de variância simples e para medidas repetidas, com testes *pos-hoc*. De igual modo, realizaram-se análises de regressão linear e procedeu-se a análises correlacionais.

2.1. Análise dos resultados

Como foi dito acima, este estudo desenvolveu-se através de três avaliações distanciadas no tempo: uma semana, oito semanas e três meses depois do parto. O primeiro momento envolveu 140 puérperas; o segundo, 73; o terceiro, 41. Os três momentos de avaliação foram analisados em separado, e posteriormente integrados.

2.1.1. Análise do primeiro momento de avaliação

As características demográficas das 140 mulheres que responderam aos questionários uma semana depois do parto foram já apresentadas no capítulo anterior, assim como as variáveis que constituíram o alvo dessa avaliação. Essas variáveis não parece terem influenciado os resultados obtidos nos diversos instrumentos seleccionados, na medida em que

não contribuíram para enviezar a população. Assim, nem o estado civil [$F(1,138) < 1.717$, n.s.]; a paridade [$F(1,138) < 1.647$, n.s.]; o nível educacional [$F(2,138) < 1.88$, n.s.]; ou o facto da gravidez ter sido planeada ou não [$F(1,138) < 1.64$, n.s.]

2.1.1. Reacções depressogéneas e ansiogéneas

Como foi dito anteriormente, as reacções depressogéneas foram avaliadas através do BDI (Beck *et al.*, 1961) e da escala de depressão do BSI (Derogatis, 1982), além da escala de frequência de pensamentos negativos do QAIN (Fradique, 1984). As reacções ansiogéneas foram avaliadas por meio da escala de ansiedade do BSI. O Quadro 19 resume os valores obtidos com estes instrumentos.

QUADRO 19
Resultados (médias e desvios padrões) obtidos para o BDI, para as escalas de depressão e de ansiedade do BSI, e a escala de frequências do QAIN, no 1º momento de avaliação (n=140)

BDI	5.9 +/- 5.6 (máx.=38) (min.=0.0)
Escala de depressão do BSI	52.8 +/- 9.2 (máx.=72) (min.=42)
Escala de frequência de pensamentos negativos do QAIN	37.6 +/- 7.0 (máx.=49) (min.=3)
Escala de ansiedade do BSI	55.9 +/- 9.1 (máx.=72) (min.=38)

A utilização do critério de patologia para o BDI (resultado = 12; Serra, 1972) permitiu identificar 14% de puérperas que apresentavam, pelo menos, uma depressão ligeira, enquanto que o computo geral do BSI (estas mais as outras escalas) definiu 53.57% das mulheres como

podendo constituírem casos clínicos. Uma tal diferença nas percentagens pode ser entendida se se considerar que, para o BSI, esta definição está igualmente dependente de outras reacções sintomáticas, para além da depressão ou da ansiedade. Ou então, se considerarmos que uma semana depois do parto as mulheres encontram-se, ainda, sob os efeitos dos *blues*. O BSI seria um instrumento mais sensível a essas reacções emocionais mais transitórias, enquanto que o BDI, porventura mais robusto, não atingiu o mesmo nível de discriminação. De facto, a percentagem obtida por meio do BDI não é diferente da obtida por outros autores, mesmo em populações diferentes da nossa, para as condições da depressão pós-parto (ver capítulo I). Por seu lado, as percentagens obtidas por meio do BSI não são, igualmente, substancialmente diferentes das encontradas na literatura relativa aos *blues*.

Os resultados do BDI encontram-se negativa e significativamente correlacionados com a escala de frequência do QAIN ($r = -.248, p < .05$) e positivamente com as escalas de depressão e ansiedade do BSI ($r = .462, p < .01$; $r = .41, p < .01$).

De forma geral, os resultados obtidos com a escala de frequência de pensamentos negativos do QAIN são elevados, considerando que o máximo possível é de 50 pontos, correspondendo a cerca de 74% desse máximo.

2.1.2. Somatização, sensibilidade interpessoal, hostilidade e índice de gravidade global

O Quadro 20 resume os resultados obtidos para estas dimensões.

A forma como estas escalas estão integradas no BSI não permite, à excepção do índice global, apreciar com rigor a presença de patologia (ver acima). No entanto, todas estão positiva e significativamente correlacionadas com o BDI (de $r = .26$ a $r = .49, p < .01$).

Por sua vez, a lista de sintomas na gravidez não se encontra correlacionada com nenhum dos instrumentos considerados. Apesar dos seus resultados constituírem cerca de 72% do máximo possível.

QUADRO 20

Resultados (médias e desvios padrões) obtidos por meio das escalas de somatização, sensibilidade interpessoal, hostilidade, índice de gravidade global do BSI e lista de sintomas na gravidez (n=140)

Escala de somatização	52.3 +/- 9.0 (máx.=74 (mín.=41)
Escala de sensibilidade interpessoal	54.7 +/- 9.6 (máx.=73 (mín.=41)
Escala de hostilidade	53.4 +/- 10.1 (máx.=72 (mín.=39)
Índice de gravidade global	54.2 +/- 10.1 (máx.=75 (mín.=33)
Lista de sintomas somáticos na gravidez	43.8 +/- 10.4 (máx.=57 (mín.=3)

Estas escalas evidenciaram a sua importância quando da análise da evolução da sintomatologia ao longo dos três momentos de avaliação (ver adiante).

2.1.3. Instrumentos desenvolvimentistas

O QPT, instrumento concebido para classificar as puérperas em níveis de desenvolvimento socio-cognitivo, permitiu constituir-las em 5 grupos diferenciados, na base dos seus níveis de desenvolvimento. O Quadro 21 resume, para os vários instrumentos, os resultados para os cinco níveis. Apenas 72 mulheres devolveram o QPT devidamente preenchido, pelo que apenas essas serão consideradas.

QUADRO 21

Resultados obtidos (médias e desvios padrões) nos vários instrumentos considerados, para os cinco níveis de desenvolvimento definidos (n=72)

	nível 1 (n=15)	nível 2 (n=16)	nível 3 (n=10)	nível 4 (n=10)	nível 5 (n=21)
BDI	7.3+/-7	5.6+/-4	11.5+/-10	4.5+/-3	6+/-5
QAIN	35 +/-6	37+/-5.6	36+/-5.6	40+/-4.6	37+/-6
Somatiz.	55 +/-8	52 +/-13	52 +/-8	55 +/-10	56+/-9
sensibi. interp.	57 +/-10	52 +/-9	57 +/-9	56 +/-10	59+/-9
depress.	57 +/-8	51 +/-8	56 +/-5	52 +/-8	59+/-9
ansied.	57 +/-9	53 +/-10	60 +/-6	58 +/-8	60+/-7
hostil.	59 +/-8	53 +/-9	57 +/-8	55 +/-11	58+/-11
índice g	58 +/-10	52 +/-11	58 +/-6	55 +/-11	61+/-9
sint. gravidez	46 +/- 6	44 +/- 7	47 +/- 4	48+/-3.5	43+/-11

A análise de variância não revela diferenças significativas entre os níveis para qualquer dos instrumentos ou escalas considerados [$F(4,67) < .75$ n.s.]. Não deixa, contudo, de ser curioso, que o nível mais elevado (e.g., nível 5) apresente, se bem que de uma forma tendencial, os valores mais elevados para *todas* as escalas do BSI. Pode pensar-se que estas mulheres sejam mais sensíveis aos aspectos descritos pelas escalas, ou que deles estejam mais conscientes ou atentas.

O QAIN, o segundo instrumento desenvolvimentista utilizado, permite identificar as acções dialécticas que a puérpera escolhe como sendo mais próximas das que geralmente utiliza. Estas estratégias, que constituem processos de confronto com a perturbação, foram agrupadas da seguinte forma: grupo 1= combinatória + intuição; grupo 2= reciprocidade + inversão; grupo 3= identidade + centração proposicional. Tal como QAPT, este instrumento permitiu dividir o grupo de puérperas em três sub-grupos, consoante as acções dialécticas que eram preferidas. O Quadro 22 resume os resultados, para os diversos instrumentos e os diversos grupos de estratégias.

QUADRO 22
Resultados obtidos (médias e desvios padrões) nos vários instrumentos para os
três grupos de acções dialécticas

	comb+int (n=8)	rec+inv (n=29)	id+cp (n=4)
BDI	6.1 +/- 4.7	5.9 +/- 6.2	5.0 +/- 3.9
QAIN	36.4 +/- 8.7	38 +/- 6.6	37.6 +/- 6.0
Somatização	52.8 +/- 8.8	52.9 +/- 9.2	51.7 +/-10.3
Sens. interp.	53.1 +/- 8.9	54.4 +/- 9.5	56.6 +/- 8.4
Depressão	52.8 +/- 8.8	53.0 +/- 9.5	51.5 +/- 8.6
Ansiedade	54.4 +/- 8.8	56.1 +/-9.3	57.0 +/-8.7
Hostilidade	51.9 +/- 9.9	54.6 +/-10.5	53.6 +/-11.5
índice global	53.4 +/- 9.2	54,8 +/-10.8	55.3 +/- 9.2
Lista sintom. gravidez	16.5 +/- 8.8	43.8 +/-10.8	46.3 +/- 3.8

Os diferentes grupos de puérperas, divididas por meio das acções dialécticas que endossaram, não se diferenciam relativamente a nenhum dos instrumentos considerados [$F(2,137) < .876$, n.s.]. Assim, estas acções parecem ser igualmente actuates nesta amostra.

2.1.4. Indicadores prospectivos de reacções emocionais negativas no pós-parto

De forma a identificar possíveis indicadores prospectivos da depressão pós-parto procedeu-se a análises de regressão linear para as variáveis demográficas e retrospectivas, sobre os resultados obtidos no BDI. O Quadro 23 resume os resultados das análises de regressão efectuadas.

QUADRO 23
Análises de regressão linear múltipla

	R	R ²	F	df
planeamento da gravidez	.249	.062	3.107	1,138
idade	.196	.038	5.514*	1,138
paridade	.033	.001	.147	1,138
lista de sintomas na gravidez	.156	.024	3.465	1,138
habilitações	.044	.002	.271	1,138
estado civil	.054	.003	.403	1,138

* $p < .05$

Apenas a idade surge como um bom preditor do nível de sintomatologia depressiva, tal

como é medido pelo BDI. Esta variável (e.g., idade) foi muito discutida relativamente à sua associação com a depressão pós-parto (ver capítulo I), nomeadamente no que respeitava a dimensão das amostras utilizadas. Quanto mais reduzidas, mais se salientava o seu efeito. A amostra aqui utilizada já apresenta uma dimensão razoável para este tipo de estudos, conferindo alguma fortaleza às asserções que favorecem a associação entre uma idade mais avançada e a emergência de sintomatologia depressiva.

2.2. Análise do segundo momento de avaliação e da sua relação com o primeiro

O segundo momento de avaliação teve lugar, como referido, oito semanas depois do nascimento. Foi igualmente referido que apenas 73 puérperas devolveram os questionários correspondentes a esta fase. Além de grande parte dos questionários usados no primeiro momento (e.g., BDI, QAIN, BSI,), foram nesta fase introduzidos o Questionário de Ajuda por parte de Outrém, e a Lista de Sintomas no Pós-Parto.

2.2.1. Reacções depressogéneas e ansiogéneas

O Quadro 24 resume os resultados obtidos para estas 73 mulheres nos dois momentos de avaliação relativamente às reacções depressogéneas e ansiogéneas.

A simples inspecção visual dispensa qualquer análise estatística. De facto, não se apercebem alterações relativamente aos resultados em qualquer dos instrumentos. Esta virtual semelhança nos resultados pode dever-se, contudo, ao facto de algumas mulheres terem reduzido a sua sintomatologia, ao passo que outras a terão aumentado.

A comparação entre os dois grupos definidos por um resultado maior ou igual a 12, ou menor que 12 no BDI da segunda aplicação mostra, claramente, que isso aconteceu: para o grupo patológico, a média do BDI(1) = 16.1; a média do BDI(2) = 20.6. No entanto as diferenças não são significativas ($-1.7 < t < 1.99$, $.051 < p < .121$) em nenhum dos instrumentos. Assistiu-se, assim, a uma tendência bastante forte para a manutenção do mesmo nível de sintomatologia depressogénea.

QUADRO 24

Resultados obtidos (médias e desvios padrões) para o BDI, para as escalas de depressão e de ansiedade do BSI, e a escala de frequências do QAIN, no 2º momento de avaliação (n=73)(2) e a sua comparação com os resultados do primeiro momento (1)

BDI (1) (2)	6.7 +/- 6.5 6.5 +/- 5.9
Escala de depressão do BSI (1) (2)	54.5 +/- 10.5 53.2 +/- 11.8
Escala de frequência de pensamentos negativos do QAIN (1) (2)	36.4 +/- 7.3 37.3 +/- 7.6
Escala de ansiedade do BSI (1) (2)	56.7 +/- 10.7 55.6 +/- 10.9

2.2.2. Somatização, sensibilidade interpessoal, hostilidade, ajuda por parte de outrém e lista de sintomas no pós-parto

Para as restantes subescalas do BSI aconteceu a mesma coisa que para as escalas de depressão e ansiedade, não manifestando qualquer diferença significativa. O Quadro 25 resume esses resultados.

A escala de ajuda por parte de outrém mostra-nos a quantidade de apoio de que a puérpera é alvo, ao nível instrumental e emocional, por parte do conjuge e dos familiares e amigos. Com um máximo de 7 pontos (média) em cada secção, e um mínimo de 1 (média), os resultados obtidos são bastante baixos, significando que as puérperas portuguesas recebem pouca ajuda por parte de quem a rodeia.

QUADRO 25.

Resultados (médias e desvios padrões) obtidos por meio das escalas de somatização, sensibilidade interpessoal, hostilidade, índice de gravidade global do BSI (n=73) (2), Lista de sintomas pós-parto e sua comparação com o segundo momento de avaliação(1)

<div> <div>Escala de somatização</div> <div>(1)</div> <div>(2)</div> </div>	<div>53.5 +/- 11.5</div> <div>51.4 +/- 11.2</div>
<div> <div>Escala de sensibilidade interpessoal</div> <div>(1)</div> <div>(2)</div> </div>	<div>55.2 +/- 11.7</div> <div>55.9 +/- 11.2</div>
<div> <div>Escala de hostilidade</div> <div>(1)</div> <div>(2)</div> </div>	<div>55.5 +/- 11.9</div> <div>55.6 +/- 12.3</div>
<div> <div>índice de gravidade global</div> <div>(1)</div> <div>(2)</div> </div>	<div>56.3 +/- 12.0</div> <div>54.8 +/- 13.2</div>

Por seu lado, a Lista de sintomas somáticos no pós-parto deu origem a resultados muito baixos, sem qualquer expressão ou significado. Saliente-se que a taxa de devolução desta Lista foi, apenas, de 38%. Assim, optou-se por não considerar, de todo, este instrumento.

O Quadro 26 resume os resultados obtidos nas quatro subescalas de ajuda.

QUADRO 26

Resultados (médias e desvios padrões) obtidos no questionário de ajuda por parte de outrém (n=73)

Apoio instrumental por parte do conjugue	3.73 +/- 1.4 (máx.=6.5; min.=1)
Apoio emocional por parte do conjugue	2.45 +/- 1.2 (máx.=6.3; min.=1)
Apoio instrumental por parte de outros familiares e amigos	2.30 +/- 1.0 (máx.=4.7; min.=1)
Apoio emocional por parte de outros familiares e amigos	3.11 +/- 1.1 (máx.=5.9; min.=1)

Esta escala não se apresenta correlacionada com qualquer outro instrumento considerado, podendo significar que apesar de ser pouco ajudada, instrumental e emocionalmente, a puérpera não desenvolve, ou intensifica, reacções depressogéneas ou ansiogéneas devido à falta de apoio que tem. De notar que, à luz dos resultados obtidos, a mulher beneficia de menos ajuda emocional e mais instrumental por parte do conjuge do que por parte de outros.

2.3. Análise dos resultados do terceiro momento de avaliação e sua relação com o primeiro e com o segundo

No terceiro momento de avaliação foram usados, como referido, o BDI, o QAIN, as escalas do BSI e, novamente o QPT. Completaram esta fase 41 mulheres.

2.3.1. Reacções depressogéneas e ansiogéneas

Entre a segunda passagem e a terceira repetiu-se o panorama da passagem da primeira para a segunda. Ou seja, uma grande semelhança entre os resultados obtidos pelos mesmos instrumentos nos dois momentos. O Quadro 27 resume os resultados obtidos nesta terceira passagem, comparando-os com os da segunda.

Como se vê no quadro, a semelhança é de tal ordem que dispensa qualquer comparação estatística rigorosa. Os valores são baixos, bem longe dos critérios de definição de psicopatologia. Este facto pode explicar, razoavelmente, a estabilidade que se verificou ao longo de todo este estudo, nas variáveis relacionadas com a depressão e com a ansiedade.

2.3.2. Somatização, sensibilidade interpessoal, hostilidade e índice global

De novo, as ilações que podem ser tiradas dos dados relativos a estas escalas são semelhantes ao que acima foi dito. As mulheres apresentaram uma forte tendência para conservar o mesmo nível de sintomatologia. O Quadro 28 resume os resultados obtidos.

QUADRO 27

Resultados (médias e desvios padrões) obtidos para o BDI, para as escalas de depressão e de ansiedade do BSI, e a escala de frequências do QAIN, no 3º momento de avaliação (n=41) (3) e a sua comparação com os resultados obtidos no 2º momento (2)

BDI	(1) (2) (3)	6.7 +/- 5.8 6.4 +/- 5.8 5.3 +/- 4.6
Escala de depressão do BSI	(1) (2) (3)	55.8 +/- 10.2 56.2 +/- 8.4 56.7 +/- 8.5
Escala de frequência de pensamentos negativos do QAIN	(1) (2) (3)	37.1 +/- 6.4 37.2 +/- 6.3 36.0 +/- 7.2
Escala de do (2) BSI (3)	(1) ansiedade (2) BSI (3)	56.4 +/- 8.9 57.8 +/- 7.9 57.8 +/- 8.1

QUADRO 28

Resultados (médias e desvios padrões) obtidos por meio das escalas de somatização, sensibilidade interpessoal, hostilidade, índice de gravidade global do BSI (n=41) (3) e sua comparação com o segundo momento de avaliação (2)

Escala de somatização	(1) (2) (3)	51.3 +/- 10 54.7 +/- 9.6 54.3 +/- 9.7
Escala de sensibilidade interpessoal	(1) (2) (3)	57.8 +/- 9.4 57.0 +/- 9.5 57.0 +/- 10.2
Escala de hostilidade	(1) (2) (3)	58.2 +/- 9.9 59.0 +/- 8.6 57.1 +/- 10.1
índice de gravidade global	(1) (2) (3)	57.7 +/- 9.7 59.1 +/- 10.6 58.2 +/- 9.8

De facto, não se notam quaisquer diferenças nos resultados entre os vários momentos de avaliação, reforçando, assim, a ideia que se começava a delinear de que as puérperas tendem a manter os mesmos níveis de sintomatologia ao longo, pelo menos, dos primeiros três meses depois de parto.

2.3.3. Instrumentos desenvolvimentistas

Neste terceiro momento de avaliação utilizaram-se, de novo, o QPT e a segunda parte do QAIN, respeitante às acções dialécticas. O Quadro 29 resume os resultados dos grupos de mulheres conforme foram divididas pelos cinco níveis de asserções normativas/valorativas do QPT.

QUADRO 29
Resultados (médias e desvios padrões) obtidos nos vários instrumentos
considerados, para os cinco níveis definidos pelo QPT

	nível 1 (n=10)	nível 2 (n=9)	nível 3 (n=7)	nível 4 (n=6)	nível 5 (n=9)
BDI	6.0+-5.6	6.8+-5	5.3+-4	3.3+-1.9	4.3+-2.9
QAIN	38 +-5.8	35 +-8.9	34+-6.8	39.7+-5.6	33.9+-7.8
Somatiz.	49.7+-9	53+-9.4	57.6+-9	54.5+-9	58+-10
Sensib. nterp.	52.9+-12	56 +- 8	55 +- 8	61.5+-10	61+-10.5
Depres.	54.4+-9	54 +-7.7	52.6+-5	58.3+-9	64+-5.6
Ansied.	55.2+-8	56 +- 9	58 +- 9	57.8+-7	62+-6
Hostil.	56.2+-8	52.4+-12	56 +-8.5	55.7+-13	64.8+-5
índice global	54.5+-11	55.7+-8	57.7+-5.6	58+-12.6	65+-8.5

A ANOVA indicou existirem diferenças significativas entre os diferentes níveis para a escala de sensibilidade interpessoal, de depressão, e para o índice geral. Assim, o nível 3 apareceu como superior aos outros excepto ao 1, o qual, por sua vez, é apenas superior ao 4 [$3>2$, $F(1,36)=5.88$, $p<.05$; $3>4$, $F(1,36)=9.8$, $p<.01$; $3>5$, $F(1,36)=8.5$, $p<.01$; $1>4$, $F(1,36)=4.5$, $p<.05$]. No que respeita a depressão (escala do BSI), os níveis 1, 2 e 3 mostraram-se superiores ao nível 5, não se diferenciando entre si ou do 4 [$1>5$, $F(1,36)=9.2$, $p<.005$; $2>5$, $F(1,36)=6.4$, $p<.05$; $3>5$, $F(1,36)=13.8$, $p<.001$]. O nível 3 também apareceu como superior ao 5 na hostilidade [$F(1,36)=9.0$, $p<.005$], e no índice geral [$F(1,36)=9.55$, $p<.005$], no qual o nível 1 também se mostrou superior ao 5 [$F(1,36)=6.05$, $p<.05$]. Não deixa de ser curioso, mais uma vez, que as mulheres do nível 5 tenham apresentado os resultados mais elevados nas escalas do BSI, e desta feita em clara desvantagem relativamente a outros níveis.

As acções dialécticas identificadas por meio do QAIN permitiram, mais uma vez dividir a amostra em três grupos. O Quadro 30 resume os resultados desses grupos.

QUADRO 30
Resultados (médias e desvios padrões) obtidos nos vários instrumentos para os três grupos de acções dialécticas

	comb+int (n=9)	rec+inv (n=25)	id+cp (n=7)
BDI	4.3 +/- 3.7	7.8 +/- 5.4	2.0 +/- 1.5
QAIN	33.33 +/- 8.5	35.8 +/- 7.2	37.7 +/- 5.1
Somatiz.	56.1 +/- 9.1	54 +/- 9.2	51.7 +/- 11.8
Sensibil. interp.	57.6 +/- 10	54.4 +/- 11.9	59.2 +/- 5
Depres.	57.4 +/- 10	56.9 +/- 8.9	54.9 +/- 3.4
Ansied.	60.4 +/- 6	56.6 +/- 7.8	57.3 +/- 8
Hostil.	58.3 +/- 9.8	55.5 +/- 10.6	56.6 +/- 9.6
índice global	61 +/- 8.2	57.1 +/- 10.6	56.9 +/- 8.9

A ANOVA salientou apenas uma diferença significativa nos resultados dos grupos constituídos por meio das estratégias dialécticas: o conjunto id+cp surge como conduzindo a melhores resultados [$f(2,38)=6,112$, $p<.05$].

2.4. Conclusões do estudo de caracterização

Este estudo de caracterização de uma população de puérperas da região de Lisboa pareceu, como referido, necessário para melhor se conhecer a população e sobre ela investigar. Não pretendeu ser um estudo exaustivo, mas apenas um indicador de tendências ou padrões. Não trazia por detrás qualquer hipótese, mas apenas uma intenção de exploração e descrição. Apesar de limitado, este estudo conduziu, no entanto, a algumas constatações que se podem reputar de interessantes. Em primeiro lugar, a nossa população de puérperas parece não apresentar diferenças significativas, na incidência de *blues* e depressão pós-natal, com a encontrada noutros países (ver capítulo I). Em segundo lugar, pode levar a uma nova perspectiva acerca do grau de ajuda de que a puérpera é alvo nos primeiros meses depois do parto. De facto, o que transparece neste estudo é, concretamente, que a puérpera vive por si e para si e o bebé, mais do que com a ajuda, instrumental ou emocional, dos outros. Assim, a mãe recente é alguém que *deve* esforçar-se por ser auto-suficiente. Talvez a constatação mais

forte seja a de que o nível de sintomatologia não se alterou ao longo dos primeiros três meses depois do parto. Teria sido interessante ver-se até que ponto é que este nível de sintomatologia pré-existia no terceiro trimestre da gravidez.

O componente desenvolvimentista deste estudo constituiu uma surpresa para o autor que, apesar de pretender realizar um estudo ateórico, esperava melhores resultados dos níveis de desenvolvimento socio-cognitivo e das acções dialécticas mais elevados, do que dos seus correspondentes menos elevados. No estudo que é apresentado a seguir, e que consiste na implementação de um programa desenvolvimentista preventivo da depressão pós-parto, estes aspectos desenvolvimentistas são, de novo, estudados.

Naturalmente que este estudo de caracterização enfermou de vários problemas ao nível metodológico e ao nível dos procedimentos, de que se salientam os seguintes:

- O estudo teria tido possibilidade de ser mais completo se, em vez de ser realizado através da troca de correspondência pelo correio, o fosse por meio de entrevistas e avaliações realizadas directamente pelo autor.

- Os instrumentos de auto-avaliação adoptados poderão não ter sido os mais adequados. Sente-se a necessidade de desenvolvimento de instrumentos mais específicos e adaptados a este tipo de população e a esta perturbação.

- A forma como os dados foram recolhidos não possibilitou uma análise estatística mais robusta, tendo-se perdido, consequentemente, informação preciosa.

Nas secções seguintes apresenta-se o estudo de implementação e validação de um programa desenvolvimentista preventivo para esta perturbação.

3. Programa desenvolvimentista preventivo da depressão pós-parto

Nas secções que se seguem apresentam-se os resultados obtidos com diferentes instrumentos de auto-avaliação utilizados durante o processo de implementação e validação de um programa desenvolvimentista preventivo. No capítulo III foram apresentados os objectivos e as hipóteses correspondentes que constituem o núcleo deste trabalho. A exposição que se segue acompanha a sequenciação desses objectivos e hipóteses:

(a) comparação dos resultados clínicos das mulheres do grupo de intervenção desenvolvimentista com os resultados do grupo de controlo.

(b) comparação dos resultados clínicos obtidos com o programa de intervenção didáctica racionalista com os obtidos com o programa de intervenção didáctica construtivista, e destes com os do grupo de controlo.

(c) resultados clínico/desenvolvimentistas obtidos pelas mulheres independentemente do programa de intervenção, ou não intervenção, de que beneficiam.

(d) comparação dos resultados clínico/desenvolvimentistas obtidos pelas mulheres que beneficiaram do programa de intervenção didáctica construtivista com os das que beneficiaram do programa de intervenção didáctica racionalista, e deste com o grupo de controlo.

O procedimento estatístico adoptado consistiu em análises de variância simples e para medidas repetidas. Sempre que a dimensão dos diferentes grupos considerados era reduzida, procedeu-se a testes t. Os resultados nos Quadros são constituídos pelas médias e respectivos desvios padrões.

3.1. Objectivo I

Comparação dos resultados clínicos auto-avaliados uma semana, oito semanas e três meses depois do parto, das mulheres do grupo da intervenção desenvolvimentista com os resultados das do grupo de controlo.

Este objectivo permitiu formular a seguinte hipótese:

- *hipótese 1.* O grupo de intervenção desenvolvimentista conduziria a melhores resultados clínicos i.e., evitando a ocorrência ou o agravamento da sintomatologia depressiva) do que os do grupo de controlo.

O Quadro 31 resume os resultados obtidos nos vários instrumentos considerados para os momentos de pré-intervenção (e.g., uma/duas semanas depois do parto), pós-intervenção (e.g., oito semanas depois do parto) e *follow-up* (e.g., três meses depois do parto). As Anovas utilizadas para comparar os vários resultados na pré-intervenção mostraram não existirem diferenças entre os dois grupos para qualquer das medidas usadas [somatização: $F(1,104)=.024$, n.s.; sensibilidade interpessoal: $F(1,104)=.147$, n.s.; depressão (BSI): F

(1,104)=1.89, n.s.; ansiedade: $F(1,104)=1.03$, n.s.; hostilidade: $F(1,104)=1.32$, n.s.; índice global: $F(1,104)=1.75$, n.s.]. Os dois grupos constituíam, assim, amostras equivalentes da mesma população.

As ANOVAS utilizadas para analisar as evoluções dos resultados entre os três momentos de avaliação (e.g., da pré-para a pós-intervenção; da pré-intervenção para o *follow-up*; da pós-intervenção para o *follow-up*) revelaram que, de forma genérica, o grupo desenvolvimentista é mais eficaz do que o grupo de controlo, pelo menos no que se refere às mudanças obtidas nos resultados do BDI e do QAIN.

QUADRO 31

Resultados dos dois grupos na pré- (1), pós-intervenção (2) e *follow-up* (3) no BDI, nas escalas do BSI e no QAIN.

		grupo desenvolvimentista (n=65)	grupo de controlo (n=41)
BDI	1	6.4 +/- 5.8	6.7 +/- 5.8
	2	6.1 +/- 6.1	6.4 +/- 5.9
	3	3.5 +/- 4.5	5.3 +/- 4.6
QAIN	1	36.8 +/- 6.6	37.1 +/- 6.4
	2	38.4 +/- 5.5	37.2 +/- 6.3
	3	39.8 +/- 5.5	36 +/- 7.2
Somatização	1	51.6 +/- 9.3	51.3 +/- 10
	2	53.5 +/- 9.8	54.7 +/- 9.6
	3	53.6 +/- 9.8	55.6 +/- 10.3
Sensibilidade interpessoal	1	55.8 +/- 8.8	57.8 +/- 9.4
	2	55.1 +/- 9.7	57.0 +/- 10.2
	3	55.3 +/- 9.6	57.0 +/- 9.5
Depressão	1	53.1 +/- 9.6	55.8 +/- 10
	2	54.2 +/- 8.8	56.2 +/- 8.5
	3	54.7 +/- 8.3	56.7 +/- 8.5
Ansiedade	1	55.9 +/- 8.9	56.4 +/- 8.9
	2	57.0/- 9.0	57.9 +/- 8.1
	3	55.9 +/- 9.3	57.8 +/- 7.9
Hostilidade	1	55.5 +/- 10.4	58.2 +/- 9.9
	2	55.9 +/- 9.7	59.0 +/- 8.6
	3	56.2 +/- 10	57.1 +/- 10.1
índice global	1	55.3 +/- 9.5	57.8 +/- 9.7
	2	55 +/- 10	59.0 +/- 10.6
	3	56.5 +/- 10.6	58.1 +/- 9.8

Do mesmo modo, produziu melhores resultados da pós-intervenção para o *follow-up* no BDI [F (1,104)=4,45, $p<.05$]. No que respeita as outras evoluções, e muito em particular para as escalas do BSI, não se verificaram quaisquer diferenças significativas entre os dois grupos [F (1,104)<3.89, $p>.05$]. A própria evolução do BDI da pré-intervenção para o *follow-up* só é não-significativa marginalmente [F (1,104)=3.89, $p=.051$]. O grupo desenvolvimentista mostrou-se, assim, superior ao de controlo nos indicadores de depressão, tendo conduzido a uma maior diminuição dos pensamentos depressogéneos e da intensidade das atribuições depressogéneas.

3.2. Objectivo II

Comparação dos resultados clínicos auto-avaliados uma semana, oito semanas e três meses depois do parto, das mulheres do grupo de intervenção didáctica racionalista com os resultados do grupo de intervenção didáctica construtivista, e destes com os do grupo de controlo.

Este objectivo permitiu formular a seguinte hipótese:

- *hipótese 2.* O grupo de didáctica construtivista conduziria a melhores resultados clínicos do que os do grupo de didáctica racionalista, e estes melhores resultados do que os do grupo de controlo.

O Quadros 32 a 39 resumem os resultados obtidos nos vários instrumentos considerados para os momentos de pré-intervenção (e.g., uma/duas semanas depois do parto), pós-intervenção (e.g., oito semanas depois do parto) e *follow-up* (e.g., três meses depois do parto).

QUADRO 32
Resultados no BDI para os três grupos na pré-intervenção, na pós-intervenção e no *follow-up*

	gr. construt. (n=33)	gr. racion. (n=32)	gr. controlo (n=41)
pré-interven.	5.3 +/- 4.5	7.6 +/-6.8	6.7 +/-5.8
pós-interven.	4.9 +/- 4.8	7.2 +/-6.9	6.4 +/-5.8
<i>follow-up</i>	2.7 +/- 2.7	4.4 +/-4.1	5.3 +/-4.6

As ANOVAS realizadas mostraram que os grupos não se diferenciavam em termos das evoluções nos resultados do BDI [$F(2,103) < 2.601$, n.s.]. Apesar da inspecção visual poder favorecer o grupo construtivista, os ganhos terapêuticos (e.g., evolução da pré- para a pós-intervenção) não diferiram significativamente entre si.

QUADRO 33

Resultados na escala de frequências do QAIN para os três grupos na pré-intervenção, na pós-intervenção e no *follow-up*

	gr. construt. (n=33)	gr. racional. (n=32)	gr. controlo (n=41)
pré-interven.	38.7 +/- 5.6	34.9 +/- 7.1	37.1 +/- 6.4
pós-interven.	39.5 +/- 4.8	37.4 +/- 6.0	37.2 +/- 6.3
<i>follow-up</i>	41.5 +/- 3.8	38.1 +/- 6.4	36.0 +/- 7.2

As ANOVAS realizadas permitem afirmar que os grupos diferiram nos resultados clínicos a que conduziram, no *follow-up* [$F(2,103)=7.6$, $p<.001$]. De facto, o grupo com didáctica construtivista revelou-se superior, para a escala de frequências de pensamentos negativos do QAIN, e no *follow-up*, aos grupos racionalista [$F(1,103)=5.13$, $p<.05$], e de controlo [$F(1,103)=15.19$, $p<.001$]. As evoluções dos três grupos foram, também, diferentes. Os grupos racionalista e construtivista não diferiram entre si na variável considerada, mas diferiram ambos do grupo de controlo nos ganhos obtidos entre a pré-intervenção e o *follow-up* [$F(1,103)=10.2$, $p<.005$; $F(1,103)=8.6$, $p<.005$].

QUADRO 34

Resultados na escala de somatização para os três grupos na pré-intervenção, na pós-intervenção e no *follow-up*

	gr. construt. (n=33)	gr. racional. (n=32)	gr. controlo (n=41)
pré-interven.	47.4 +/- 12.2	54.2 +/- 9.2	51.3 +/- 10.0
pós-interven.	50.4 +/- 9.3	56.7 +/- 9.5	54.7 +/- 9.6
<i>follow-up</i>	49.6 +/- 9.1	57.7 +/- 8.9	54.3 +/- 9.7

As ANOVAS realizadas permitem afirmar que os grupos diferem nos resultados clínicos a que conduzem na pós-intervenção [$F(2,103)=3.84$, $p<.05$], e no *follow-up* [$F(2,103)=6.29$, $p<.005$]. O grupo construtivista revelou-se superior ao grupo racionalista na



pós-intervenção [$F(1,103)=7.3, p<.01$], e no *follow-up* [$F(1,103)=12.4, p<.001$], e superior ao grupo de controlo no *follow-up* [$F(1,103)=4.78, p<.05$]. Por sua vez, os grupos racionalista e de controlo não se distinguiram entre si [$F(1,103)<2.37, n.s.$].

QUADRO 35

Resultados na escala de sensibilidade interpessoal para os três grupos na pré-intervenção, na pós-intervenção e no *follow-up*

	gr. construt. (n=33)	gr. racional. (n=32)	gr. controlo (n=41)
pré-interven.	53.8 +/- 8.3	57.9 +/- 8.9	57.8 +/- 9.4
pós-interven.	51.7 +/- 9.5	58.6 +/- 8.8	57.0 +/- 9.5
<i>follow-up</i>	51.9 +/- 9.8	58.8 +/- 8.2	57.1 +/- 10.2

As ANOVAS efectuadas mostraram que os grupos diferiram entre si nesta variável na pós-intervenção [$F(2,103)=5.02, p<.01$], e no *follow-up* [$F(2,103)=4.69, p<.05$]. O grupo construtivista mostrou-se superior, nos momentos referidos, aos grupos racionalista [respectivamente, $F(1,103)=4.8, p<.05$; e $F(1,103)=4.8, p<.05$], e de controlo [respectivamente, $F(1,103)=4.7, p<.05$; e $F(1,103)=6.3, p<.05$]. Os grupos racionalista e de controlo não se diferenciam entre si em nenhum momento [$F(1,103)=.205, n.s.$; $F(1,103)=.35, n.s.$].

QUADRO 36

Resultados na escala de depressão para os três grupos na pré-intervenção, na pós-intervenção e no *follow-up*

	gr. construt. (n=33)	gr. racional. (n=32)	gr. controlo (n=41)
pré-interven.	50.8 +/- 8.5	55.5 +/- 10.1	55.8 +/- 10.3
pós-interven.	51.5 +/- 8.3	57.1 +/- 8.5	56.2 +/- 8.5
<i>follow-up</i>	52.3 +/- 8.0	57.2 +/- 7.9	56.7 +/- 8.5

As ANOVAS realizadas revelaram que os grupos diferiam entre si na pós-intervenção [$F(2,103)=4.32, p<.05$] e no *follow-up* [$F(2,103)=3.67, p<.05$]. Esta diferença surge com o mesmo padrão da variável 'sensibilidade interpessoal'. Assim, o grupo construtivista surge

como superior ao grupo racionalista na avaliação pós-intervenção [$F(1,103)=7.3, p<.01$] e no *follow-up* [$F(1,103)=5.89, p<.05$], e ao grupo de controlo na pós-intervenção [$F(1,103)=5.79, p<.05$] e no *follow-up* [$F(1,103)=5.26, p<.05$]. Os grupos racionalista e de controlo não diferem entre si em nenhum destes momentos [$F(1,103)=.20, n.s.$; $F(1,103)=.077, n.s.$].

As ANOVAS efectuadas revelaram que os grupos diferem entre si na variável ansiedade [$F(2,103)=7.18, p<.001$]. De facto, o grupo construtivista mostrou a sua superioridade relativamente ao grupo racionalista na avaliação pós-intervenção [$F(1,103)=7.8, p<.01$] e no *follow-up* [$F(1,103)=5.0, p<.05$]. No entanto, só se mostrou superior ao grupo de controlo na pós-intervenção [$F(1,103)=5.9, p<.05$].

QUADRO 37

Resultados na escala de ansiedade para os três grupos na pré-intervenção, na pós-intervenção e no *follow-up*

	gr. construt. (n=33)	gr. racional. (n=32)	gr. controlo (n=41)
pré-interven.	54.1 +/- 7.4	57.6 +/- 9.6	56.4 +/- 8.9
pós-interven.	52.9 +/- 9.2	58.9 +/- 8.5	57.8 +/- 7.9
<i>follow-up</i>	51.9 +/- 9.8	58.7 +/- 8.2	57.1 +/- 10.2

Por seu lado, os grupos racionalista e de controlo não diferiram entre si [$F(1,103)=.28, n.s.$; $F(1,103)=.65, n.s.$]

QUADRO 38

Resultados na escala de hostilidade para os três grupos na pré-intervenção, na pós-intervenção e no *follow-up*

	gr. construt. (n=33)	gr. racional. (n=32)	gr. controlo (n=41)
pré-interven.	52.6 +/- 11.0	58.4 +/- 8.9	58.2 +/- 9.9
pós-interven.	54.7 +/- 9.5	57.1 +/- 9.9	59.0 +/- 8.6
<i>follow-up</i>	51.9 +/- 9.8	57.8 +/- 8.2	58.1 +/- 10.2

As ANOVAS efectuadas mostraram que os grupos diferiram entre si [$F(2,103)=5.7, p<.01$]. No entanto, e contrariamente à tendência que se tem vindo a observar, o grupo construtivista não diferiu, em nenhum momento, do grupo racionalista [$F(1,103)=1.05, n.s.$; F

(1,103)=3.8 n.s.]. Por seu lado, o grupo racionalista também não se diferenciou do de controlo [F (1,103)=3.9, n.s.; F (1,103)=2.8, n.s.]. A única diferença encontrada situava-se entre o grupo construtivista e o de controlo no *follow-up* [F (1,103)=5.6, $p<.05$].

As ANOVAS efectuadas revelam que os grupos diferiram entre si na pós-intervenção [F (2,103)=4.12, $p<.05$] e no *follow-up* [F (2,103)=4.9, $p<.01$]. O grupo construtivista foi superior ao grupo racionalista na pós-intervenção [F (1,103)=4.3, $p<.05$] e no *follow-up* [F (1,103)=9.2, $p<.005$].

QUADRO 39

Resultados no índice global de gravidade para os três grupos na pré-intervenção, na pós-intervenção e no *follow-up*

	gr. construt. (n=33)	gr. racional. (n=32)	gr. controlo (n=41)
pré-interven.	52.2 +/- 8.3	58.4 +/- 9.7	57.8 +/- 9.7
pós-interven.	52.5 +/- 10.9	57.7 +/- 8,2	59.1 +/- 10.6
<i>follow-up</i>	52.8 +/- 10.4	58.8 +/- 8.2	58.2 +/- 9.8

De igual modo, mostrou-se superior ao grupo de controlo na pós-intervenção [F (1,103)=7.7, $p<.01$] e no *follow-up* [F (1,103)=5.28, $p<.05$]. Os grupos racionalista e de controlo não diferem entre si em nenhum dos momentos considerados [F (1,103)=.32, n.s.; F (1,103)=.817, n.s.].

3.3. Objectivo III

Comparação dos resultados clínicos auto-avaliados uma semana, oito semanas e três meses depois do parto, dos grupos de mulheres correspondentes tanto a cinco níveis de significações sintomáticas e de significações de confronto como a vários processos de mudança entre esses níveis, independentemente das intervenções de que beneficiaram, ou da sua inclusão na condição de controlo.

Este objectivo permitiu formular 9 hipóteses. Os resultados estatísticos correspondentes são apresentados após cada hipótese específica. Para a análise das hipóteses que decorrem deste objectivo restringiram-se os instrumentos de análise a apenas o BDI , a escala de ansiedade do BSI e à escala de frequências de pensamentos negativos do QAIN,

claramente os instrumentos mais sensíveis e directamente ligados à temática desta tese.

Necessariamente, manteve-se também o QPT.

- *hipótese 3*. Os grupos correspondentes à identificação com ou preferências por níveis mais elevados de significações sintomáticas dos personagens apresentariam melhores resultados clínicos do que os grupos correspondentes aos níveis inferiores.

Naturalmente que esta hipótese contempla apenas as puérperas que constituíram os grupos de intervenção preventiva, e não as do grupo de controlo, na medida em que estas não foram expostas aos modelos videográficos.

A variável independente é, neste caso, o nível das significações sintomáticas dos personagens que a mulher preferiu.

Podem discriminar-se cinco níveis diferentes.

Considerou-se que o nível de significações de cada puérpera corresponderia ao nível do personagem com que se identificou na última exposição aos modelos videográficos. Dada a grande estabilidade demonstrada ao longo do processo, esta opção parece justificada.

As ANOVAS realizadas mostraram que os cinco grupos se diferenciavam mas só nos resultados do BDI e apenas entre a pré-intervenção e o *follow-up* [$F(4,60)=3.46$, $p<.05$]. O Quadro 40 apresenta os resultados obtidos com este inventário.

QUADRO 40
Resultados para o BDI para cada nível de significações e para cada momento de avaliação

	nível 1 (n=8)	nível 2 (n=19)	nível 3 (n=15)	nível 4 (n=12)	nível 5 (n=11)
(1)	8.4+-9.7	5.3+-4	8+-5.3	6.2+-7	5.1+-4.3
BDI (2)	9.8+-7	6.7+-7	8+-6.7	3+-3.2	3.4+-2.4
(3)	6.3+-7.2	5+-4.5	3.8+-3	7+-1.4	1.4+-8

Os testes *pós-hoc* revelaram, no entanto, uma superioridade do nível 4 sobre o nível 1 [$F(1,60)=4.3$, $p<.05$] entre a pré- e a pós-intervenção e do 3 sobre o 2 [$F(1,60)=4.26$, $p<.05$] entre a pós-intervenção e o *follow-up*. As diferenças entre níveis, da pré-intervenção para o

follow-up deveram-se, fundamentalmente, à superioridade dos níveis 3, 4 e 5 sobre o 2 [$F(1,60)=7.0, p<.01$; $F(1,60)=11.3, p<.001$; $F(1,60)=4.7, p<.05$]].

Os grupos não surgiram muito diferenciados, no entanto quando se verifica uma diferença, é da responsabilidade da superioridade de um nível superior sobre outro inferior. Os níveis parece dividirem-se em dois grupos bem distintos: por um lado, os níveis 1 e 2, que se revelaram inferiores; por outro, os níveis 3, 4 e 5, que se revelaram superiores.

-hipótese 4. Os grupos correspondentes aos níveis mais elevados de asserções normativas e valorativas no questionário sobre os quatro temas apresentariam melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes aos níveis inferiores.

Na base das respostas dadas ao QPT no *follow-up*, as mulheres foram classificadas em cinco grupos, correspondentes a outros tantos níveis de asserções valorativas e normativas. As puérperas que constituíam o grupo de controlo foram incorporadas nesta análise. O Quadro 41 apresenta o resumo dos resultados obtidos com esta partição.

QUADRO 41
Resultados nos vários instrumentos dos grupos diferenciados pelo QPT

	Nível 1 (n=22)	nível 2 (n=32)	nível 3 (n=17)	nível 4 (n=14)	nível 5 (n=21)
(1)	7.6+-7.8	6.1+-5.4	6.2+-5.2	4.7+-4.1	7.5+-5
BDI (2)	7.6+-8	7+-6.1	7.1+-3.9	5.0+-6.6	3.6+-2.9
(3)	5.6+-6.4	4.6+-4.2	5.2+-4.1	2.6+-4.0	2.3+-2.3
(1)	37+-8.7	37+-6.2	38.2+-6	36.6+-3	36+-6.4
QAIN	38+-5.8	37+-5.4	40+-7.1	39+-3.2	37+-6.5
(2)	39+-6	37+-5.4	36+-11	40+-3.2	38+-4.6
(3)					
(1)	51+-9.4	53.5+-10	57+-9.1	46.5+-16	50+-9.6
Ans. (2)	53+-9.1	55.7+-10	52+-10.1	56+-8.7	52+-10
(3)	51+-9.4	54+-10.4	54+-9.5	56+-8.2	55+-10

As Anovas efectuadas não mostraram qualquer diferença entre os grupos correspondentes aos vários níveis de asserções normativas e valorativas [BDI, $F(4,101)=1.126, n.s.$; QAIN, $F(4,101)=.165, n.s.$; Ansiedade, $F(4,101)=.201, n.s.$]. Uma

inspecção visual permite, contudo, aperceber-se uma tendência para uma superioridade relativa dos níveis mais elevados sobre os menos elevados. Como exemplo, podem destacar-se algumas combinações na ordenação dos níveis em função dos resultados às escalas e as evoluções clínicas:

- Para o BDI: da pré- para a pós-intervenção - 5 1 4 3 2
- da pré-intervenção para o *follow-up*- 5 4 2 1 3
- da pós-intervenção para o *follow-up*- 5 4 2 1 3

- *hipótese 5*. Os grupos correspondentes à identificação com ou preferência por níveis mais elevados de significações de confronto e de resolução dos personagens apresentariam melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes aos níveis inferiores.

Tal como para a hipótese 3., classificou-se o nível significativo de cada mulher com base na identificação ou escolha do nível de significações na última exposição aos personagens dos videos. A estabilidade das escolhas ao longo de todo o programa parece justificar esta decisão.

De igual modo, tal como as significações sintomáticas, as de confronto/resolução permitem diferenciar cinco grupos de mulheres. Mais uma vez as ANOVAS efectuadas mostraram que os grupos apenas se diferenciavam ao nível do BDI, e na evolução da pré-intervenção para o *follow-up* [$F(4,60)=2.84, p<.05$]. O Quadro 41 apresenta os resultados para este instrumento.

QUADRO 42
Resultados no BDI dos cinco grupos diferenciados pelas significações de confronto/resolução

	nível 1 (n=13)	nível 2 (n=16)	nível 3 (n=11)	nível 4 (n=14)	nível 5 (n=11)
(1)	6.2+-7.9	6.1+-4.2	7.5+-5.8	7.2+-6.6	5.1+-4.5
BDI (2)	7.4+-6.9	7.1+-6.9	7.0+-4.9	4.8+-3.8	3.5+-2.3
(3)	4.4+-6.0	5.9+-4.7	3.4+-3.1	1.9+- .90	1.4+-1.3

No entanto, tal como no caso da hipótese 3., os testes *pós-hoc* salientaram que o nível

4 apresenta melhores resultados clínicos do que os níveis 1 [$F(1,60)=4.05$, $p<.05$] e 2 [$F(1,60)=9.2$, $p<.01$] assim como o 3 melhores que o 2 [$F(1,60)=4.9$, $p<.05$]. Apesar de haver poucas diferenças, quando ocorrem confirmam a superioridade dos níveis mais elevados sobre aqueles que lhes são inferiores.

- *hipótese 6.* O grupo correspondente às acções dialécticas de combinatória e intuição, avaliadas pelo questionário, apresentaria melhores resultados clínicos do que os do grupo correspondente às acções de reciprocidade e inversão, e, por sua vez, estes seriam melhores do que os do grupo das acções de identidade e centração proposicional.

De forma a poder responder a esta hipótese, as puérperas foram divididas em três grupos, correspondentes aos três grupos de acções dialécticas endossadas na segunda escala do QAIN.

O Quadro 43 resume os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação em função dos grupos de acções dialécticas.

QUADRO 43
Resultados obtidos pelos grupos definidos através das acções
dialécticas no *follow-up*

	comb.+int.	rec.+inv.	cp+id
BDI (1)	6.6 +/- 4.4	6.4 +/- 3.4	7.1 +/- 6.5
(2)	3.4 +/- 2.3	5.1 +/- 4.2	7.2 +/- 6.7
(3)	1.6 +/- 1.8	3.1 +/- 3.6	5.2 +/- 5.0
QAIN (1)	37.7 +/- 5.5	36.6 +/- 6.8	37.4 +/- 6.7
(2)	38.6 +/- 6.1	38 +/- 6.1	37.9 +/- 4.5
(3)	36.6 +/- 8.3	38.6 +/- 6.2	39.7 +/- 4.5
Ans. (1)	55 +/- 7.6	57.3 +/- 8.5	52.6 +/- 10.3
(2)	56.7 +/- 8.9	57.1 +/- 9.2	54.6 +/- 6.9
(3)	58.3 +/- 8.8	57.0 +/- 8.9	57.5 +/- 7.3

As ANOVAS realizadas mostraram que os grupos diferem entre si [$F(2,103)=3.33$, $p<.05$]. Os testes *pós-hoc* permitiram evidenciar essas diferenças. Assim, o grupo definido pelas acções de centração + identidade apresenta piores resultados clínicos, no BDI, na pós-intervenção e no *follow-up* do que o grupo definido pelas de reciprocidade e inversão [$F(1,103)=6.1$, $p<.05$; $F(1,103)=8.94$, $p<.01$], e estas piores do que as de combinatória e

intuição [$F(1,103)=3.71, p<.05$].

- *hipótese 7*. O grupo correspondente às passagens ascendentes de níveis inferiores para níveis superiores de significação sintomática apresentaria melhores resultados clínicos do que os dos outros grupos correspondentes a quaisquer outras passagens.

Nesta hipótese assume-se que a passagem para níveis superiores de significação levaria à obtenção de melhores resultados clínicos. As passagens ascendentes, descendentes ou as manutenções decorreram ao longo das quatro sessões preventivas e considerou-se passagem ascendente aquela em que o nível de significações escolhido da primeira sessão era inferior ao da última. Seguiu-se o mesmo critério para definir os outros movimentos.

Houve poucas transições entre níveis, ascendentes ou descendentes, o que pode ter desequilibrado a análise dos resultados. O Quadro 44 resume os resultados obtidos para os diferentes grupos definidos através do critério acima referido.

QUADRO 44
Resultados obtidos pelos grupos definidos pelas subidas, descidas ou manutenções de significações sintomáticas

	subidas (n=6)	manutenções (n=53)	descidas (n=6)
BDI (1)	6.5 +/- 5.2	6.6 +/- 5.9	4.8 +/- 5.5
(2)	8.1 +/- 8.4	5.9 +/- 5.9	5.3 +/- 5.4
(3)	6.5 +/- 5.2	3.2 +/- 4.3	3.5 +/- 4.2
QAIN (1)	36.0 +/- 4.6	36.9 +/- 6.9	36.5 +/- 5.3
(2)	39.8 +/- 5.2	38.7 +/- 5.3	34.3 +/- 5.9
(3)	40.6 +/- 4.5	39.8 +/- 5.7	39.3 +/- 4.8
Ans. (1)	59.3 +/- 7.4	55.5 +/- 8.5	55.0 +/- 12.0
(2)	57.8 +/- 7.8	55.0 +/- 9.0	61.5 +/- 12.2
(3)	55.6 +/- 8.8	57.3 +/- 8.7	56.5 +/- 12.6

Para estes resultados, definidos pelos movimentos entre níveis de significações não foi possível encontrar qualquer diferença. Crê-se que o reduzido número de mulheres nalguns grupos possa ter contribuído para anular qualquer eventual diferença que pudesse existir.

- *hipótese 8*: O grupo correspondente às passagens ascendentes de níveis inferiores para níveis superiores de asserções valorativas/normativas apresentaria melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes a quaisquer outras passagens.

Esta hipótese segue a mesma lógica da anterior, procedendo-se à divisão dos grupos através dos movimentos realizados, desta feita entre as asserções valorativas/normativa, e entre as primeira e segunda auto-avaliações.

O Quadro 45 resume os resultados obtidos para os grupos definidos desta forma.

QUADRO 45
Resultados obtidos pelos grupos definidos através dos movimentos entre asserções valorativas/normativas

	descidas (n=23)	manutenções (n=65)	subidas (n=18)
BDI (1)	5.6 +/- 5.5	6.6 +/- 6.3	5.0 +/- 3.1
BDI (2)	9.8 +/- 7.5	6.0 +/- 5.8	3.5 +/- 2.7
BDI (3)	6.1 +/- 4.9	4.3 +/- 4.8	2.4 +/- 2.3
QAIN (1)	34.6 +/- 6.7	36.9 +/- 6.8	38.8 +/- 4.7
QAIN (2)	35.7 +/- 6.7	37.4 +/- 5.7	41.0 +/- 3.9
QAIN (3)	33.8 +/- 9.5	38.9 +/- 4.8	40.1 +/- 6.0
Ans. (1)	60.5 +/- 7.3	56.1 +/- 8.2	52.4 +/- 9.6
Ans. (2)	57.9 +/- 9.9	56.5 +/- 8.9	55.9 +/- 7.6
Ans. (3)	55.7 +/- 8.7	56.8 +/- 8.8	60.1 +/- 7.6

Para esta hipótese encontraram-se várias diferenças entre os grupos. Assim, as ANOVAS realizadas mostraram que, para o BDI, as passagens ascendentes de níveis foram superiores às passagens descendentes entre a pré- e a pós-intervenção [$F(1,103)=12.5$, $p<.001$]; entre a pré-intervenção e o *follow-up* [$F(1,103)=6.8$, $p<.01$]. As subidas foram também superiores às manutenções da pré- para a pós-intervenção [$F(1,103)=8.8$, $p<.01$]. Por sua vez, as manutenções foram superiores às descidas da pré- para a pós-intervenção [$F(1,103)=9.08$, $p<.005$].

No QAIN, as subidas foram superiores às descidas [$F(1,103)=4.3$, $p<.05$] da pré- para a pós-intervenção, assim como as manutenções [$F(1,103)=6.83$, $p<.01$].

Na escala de ansiedade, as subidas foram superiores às descidas, do pré- para o

follow-up [$F(1,103)=9.7, p<.005$].

A superioridade relativa das subidas está bem patente, e contradiz o estudo de caracterização. uma possível explicação deste facto passa por considerar-se que parte das 106 mulheres que constituíram a amostra para testar esta hipótese passaram pelo programa preventivo, podendo reflectir os seus efeitos.

-hipótese 9. O grupo correspondente às passagens ascendentes de níveis inferiores para níveis superiores de significações de confronto/resolução apresentaria melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes a quaisquer outras passagens.

QUADRO 46
Resultados obtidos pelos grupos definidos pelos movimentos entre
significações de confronto/resolução

	subidas (n=7)	manutenções (n=53)	descidas (n=5)
BDI (1)	7.4 +/- 5.0	6.2 +/- 5.9	7.0 +/- 6.7
(2)	9.4 +/- 8.5	5.0 +/- 4.8	11.7 +/- 9.4
(3)	6.6 +/- 4.8	4.9 +/- 4.0	6.4 +/- 6.3
QAIN (1)	37.7 +/- 6.6	36.6 +/- 6.7	37.4 +/- 6.3
(2)	39.4 +/- 6.0	38.5 +/- 5.3	36.0 +/- 7.7
(3)	39.3 +/- 5.4	39.9 +/- 5.6	40.0 +/- 5.8
Ans. (1)	57.1 +/- 9.5	55.4 +/- 0	63.2 +/- 7.8
(2)	59.7 +/- 7.9	55.1 +/- 9.5	58.6 +/- 8.9
(3)	54.5 +/- 8.1	57.4 +/- 9.2	57.6 +/- 8.9

Esta hipótese segue a mesma lógica hipótese 7, sendo a separação dos grupos feita, agora, na base nas adopções ou escolhas de significações de confronto/resolução.

O Quadro 46 apresenta os resultados obtidos instrumentos de auto-avaliação conforme a pertença a um ou outro grupo de movimento.

Contrariamente à hipótese 7., onde não se verificaram quaisquer diferenças atribuíveis aos movimentos entre níveis de significações sintomáticas, no caso presente os movimentos de ascensão, desta feita entre níveis de significações de confronto, mostram-se superiores aos movimentos descendentes [$F(2,62)=4.51, p<.05$], reflectindo-se num *menor* agravamento da sintomatologia depressiva.

-*hipótese 10*. O grupo correspondente às passagens ascendentes de acções dialécticas de identidade e centração proposicional para acções de inversão e reciprocidade, ou destas para as de intuição e combinatória apresentaria(m) melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes a quaisquer outras passagens.

Esperava-se que as puérperas que mudassem as suas acções dialécticas para outras mais completas e compensatórias obtivessem melhores resultados clínicos. Contudo, manteve-se o mesmo padrão de manutenção. O Quadro 47 resume os resultados obtidos pelos três diferentes grupos de movimentos.

As ANOVAS efectuadas sobre estes resultados identificaram algumas diferenças entre os grupos constituídos com base neste critério. Assim, as ascensões mostraram-se superiores às manutenções [$F(1,103)=7.18, p<.01$] e às descidas [$F(1,103)=5.44, p<.05$], que por sua vez não se diferenciaram, no *follow-up*, e para a escala de frequência de pensamentos negativos do QAIN. Não se verificaram diferenças em qualquer outro momento.

QUADRO 47

Resultados obtidos pelos grupos definidos a partir das ascensões, manutenções ou descidas entre acções dialécticas diferenciadas

		subidas (n=18)	manutenções (n=66)	descidas (n=22)
BDI	(1)	5.7 +/- 4.9	6.2 +/- 5.7	8.0 +/- 6.3
	(2)	6.5 +/- 4.5	6.0 +/- 6.1	6.2 +/- 6.4
	(3)	3.3 +/- 3.6	4.5 +/- 4.7	3.9 +/- 4.7
QAIN	(1)	33.1 +/- 7.2	38.2 +/- 6.1	36.1 +/- 6.0
	(2)	36.2 +/- 5.6	38.4 +/- 6.0	37.9 +/- 5.1
	(3)	34.6 +/- 8.5	39.0 +/- 5.9	39.2 +/- 4.8
Ans.	(1)	58.1 +/- 10.1	56.3 +/- 7.5	53.5 +/- 10.6
	(2)	56.7 +/- 6.7	56.8 +/- 9.7	55.9 +/- 7.4
	(3)	62.7 +/- 5.2	56.2 +/- 8.9	56.3 +/- 8.3

- hipótese 11. O grupo correspondente a níveis de significação de confronto/resolução superiores aos níveis de significação sintomática apresentaria melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes a quaisquer outras combinações entre significações de confronto e sintomáticas.

QUADRO 48

Resultados obtidos pelos grupos definidos pelas concordâncias ou discordâncias entre significações sintomáticas e de confronto

		sc>ss* (n=4)	sc=ss (n=54)	sc<ss (n=7)
BDI	(1)	7.2 +/- 5.7	6.7 +/- 6.1	4.0 +/- 2.3
	(2)	9.5 +/- 11.0	6.2 +/- 5.8	3.0 +/- 2.3
	(3)	5.2 +/- 6.3	3.7 +/- 4.5	1.1 +/- 1.5
QAIN	(1)	39.0 +/- 5.3	36.1 +/- 6.7	40.4 +/- 05.2
	(2)	38.2 +/- 6.8	38.2 +/- 5.6	39.8 +/- 3.6
	(3)	40.5 +/- 6.1	39.4 +/- 5.6	42.8 +/- 2.4
Ans.	(1)	48.0 +/- 10.0	56.5 +/- 8.9	55.0 +/- 2.4
	(2)	51.7 +/- 12.0	56.7 +/- 9.1	51.7 +/- 8.8
	(3)	50.2 +/- 11.3	57.5 +/- 8.7	57.2 +/- 9.8

* sc - signif. de confronto; ss - signif. sintomática

As ANOVAS efectuadas sobre estes elementos não permitiram salientar qualquer diferença entre os grupos que apresentavam significações de confronto/resolução e sintomáticas concordantes e discordantes. Aliás, o facto de não surgirem diferenças pode, mais uma vez, ser atribuído ao grande número de concordâncias (83%).

3.3. Objectivo IV

Comparação dos resultados clínicos auto-avaliados uma semana, oito semanas e três meses depois do parto, dos grupos de mulheres correspondentes tanto a cinco níveis de significações sintomáticas e de significações de confronto, como a vários processos de mudança entre esses níveis, de acordo com, ou em função das intervenções de que beneficiaram, ou da sua inclusão na condição de controlo.

Este objectivo permitiu formular 6 hipóteses.

- *hipótese 12*. Os grupos correspondentes aos diferentes níveis de significação sintomática da didáctica construtivista apresentariam melhores resultados clínicos do que os grupos dos níveis da didáctica racionalista, e estes melhores resultados do que os grupos dos níveis da condição de controlo, quando comparados termo a termo ou nível a nível.

Naturalmente, as análises subordinadas a esta hipótese contemplaram apenas os dois grupos de intervenção preventiva, com didácticas construtivista ou racionalista, pois apenas esses grupos foram expostos às significações dramatizadas.

Os Quadros 49 e 50 apresentam os resultados obtidos pelos grupos construtivista e racionalista em função dos níveis finais de significações sintomáticas das participantes, tal como a última sessão do programa preventivo permitiu definir. Seguiu-se para esta determinação dos níveis de significações o mesmo procedimento já apontado na análise da hipótese 3.

Dadas as reduzidas dimensões de cada grupo, não se realizaram ANOVAS, tendo-se optado pelo uso de testes t. As evoluções entre os resultados obtidos entre os diferentes momentos de avaliação, não são, para os dois grupos, construtivista e racionalista, significativamente diferentes, quando comparados nível a nível. No entanto, esta comparação, como referido, foi feita considerando o último nível escolhido, de entre as diferentes sequências de exposição aos vídeos, como critério de classificação das puérperas. De forma a proceder-se a uma análise mais detalhada, realizaram-se testes t para cada uma das quatro temáticas consideradas no estudo.

QUADRO 49

Resultados obtidos pelo grupo com didáctica construtivista quando dividido pelo nível de significações sintomáticas escolhidas

	nível 1 (n=5)	nível 2 (n=9)	nível3 (n=6)	nível 4 (n=10)	nível 5 (n=3)
BDI (1)	7 +-7.3	4.6+-2.7	5.3+-3.1	5.3+-5.6	4.7+-3.8
BDI (2)	9.2+-8.7	5.1+-3.8	5.3+-3.4	2.9+-3.5	3.3+-2.5
BDI (3)	5.6+-6.6	3.4+-3.4	2.8+-3.1	.8+-1.5	2.0+-2.0
QAIN (1)	36.2+-8	40 +-4.8	41 +-3.2	38 +-5.1	35+-7.5
QAIN (2)	34.4+-5	41 +-5.2	42 +-3.9	39 +-3.8	40+-4.5
QAIN (3)	38 +-2.7	43 +-4.2	42.7+-4	40.5+-3	43+-2.6
Ans. (1)	56.+-8.3	57 +-5.7	53+-7.4	53.5+-8	48.3+-9
Ans. (2)	51.8+-11	50 +-9.6	49.5+-7	57+-9.5	57+-6.2
Ans. (3)	51.8+-11	56 +-7.5	50 +-9.5	57+-9.5	56.6+-4

QUADRO 50

Resultados obtidos pelo grupo com didáctica racionalista quando dividido pelo nível de significações sintomáticas escolhidas

	nível 1 (n=3)	nível 2 (n=10)	nível 3 (n=9)	nível 4 (n=2)	nível 5 (n=8)
BDI (1)	10.7+-12	6 +- 5	9.7+-5.9	11 +- 14	5.4+-4.7
(2)	11+-7.9	8.2+-7.9	9.2+-8	2.5+-7	3.5+-2.5
(3)	7+-9.4	6.9+-5	4.4+-4.6	0.0+-0.0	1.3+-1.9
(1)	33+-4.9	31+-9.6	36.8+-3	32+-1.4	39+-6.4
(2)	34.3+-11	36.4+-5	36 +-3.7	35+-4.2	41+-6.5
(3)	38+-7.6	38+-5.4	36+-7.5	34 +-6.3	42+-5.2
Ans. (1)	56+-6.9	58.6+-9	57.6+-13	58 +- 0	57+-10
(2)	60+-8	62+-8.5	61+-5.7	61 +-4.2	51.2+-9
(3)	56+-16	59.7+-9	59+-7.6	63 +- 7	60+-7.9

Nesta análise, o nível de significações sintomáticas das participantes é determinado pela sua escolha de entre os cinco personagens para cada tema.

Quando a superioridade relativa da didáctica construtivista sobre a racionalista é avaliada através da comparação dos resultados clínicos nível a nível e tema a tema, surgem algumas diferenças. O QAIN e a escala de Ansiedade apresentam-se como sensíveis às mudanças ocorridas na intensidade da patologia.

No tema *atribuição de incompetência para cuidar do bebê*:

nível	relações entre const. e rac.
1	n.s.
2	n.s.
3	pré-intervenção: QAIN C>R (t=2.4, p<.05) follow-up: QAIN C>R (t=2.6, p<.05) Ans. C>R (t=2.1, p<.05)
4	n.s.
5	n.s.

No tema *percepção de relação conjugal deficiente ou inexistente*:

nível	relações entre const. e rac.
1	n.s.
2	n.s.
3	n.s.
4	n.s.
5	n.s.

No tema *difficuldade em assumir o papel de mãe*:

nível	relações entre const. e rac.
1	n.s.
2	pré-intervenção: Ans. C>R (t=2.26, p<.05)
3	pós-intervenção: QAIN C>R (t=2.5, p<.05) Ans. C>R (t=2.4, p<.05) follow-up: QAIN C>R (t=2.3, p<.05) Ans. C>R (t=2.7, p<.05)
4	n.s.
5	n.s.

No tema *perda de autonomia e crise existencial*

nível	relações entre const. e rac.
1	n.s.
2	pós-intervenção: Ans. C>R (t=2.9, p<.05)
3	pós-intervenção: QAIN C>R (t=2.8, p<.05) Ans. C>R (t=3.4, p<.01)
4	n.s.
5	n.s.

Quando as diferenças entre os grupos didácticos ocorrem logo na pré-intervenção, não podem ser, naturalmente, atribuídas à intervenção. Contudo, quando isso não acontece, e se verificam, mais tarde, diferenças significativas, então podem ser atribuídas a ela. Apesar de não se terem verificado muitas diferenças entre o grupo com didáctica construtivista e o grupo com a racionalista, as que ocorreram beneficiaram, sempre, o grupo construtivista, apontando, assim, para a sua superioridade relativa. No entanto, nem todos os níveis reflectiram essa superioridade. O nível 3 salientou-se nesta acção. De facto, a maioria das diferenças ocorreram justamente nesse nível. De notar que os temas mais abstractos foram justamente aqueles que manifestaram maior número de diferenças, e nem sempre partindo os grupos de uma situação equivalente, como sejam os casos do QAIN e da escala de ansiedade no tema relacionado com a autonomia, e o caso do QAIN no tema relacionado com a dificuldade em assumir o papel de mãe.

- *hipótese 13*. Os grupos correspondentes aos diferentes níveis de asserções normativas da didáctica construtivista apresentariam melhores resultados clínicos do que os grupos dos níveis da didáctica racionalista, e estes melhores do que os grupos dos níveis da condição de controlo, quando comparados termo a termo ou nível a nível.

O critério de constituição dos diferentes sub-grupos, agora constituídos, prende-se, mais uma vez, com o QPT. Assim, dependendo do nível de asserções normativas/valorativas que escolheram no *follow-up*, as puérperas foram classificadas em um de cinco níveis. Os resultados obtidos para cada um dos grupos de intervenção (didáctica construtivista ou racionalista), e para o grupo de controlo, sub-divididos através das respostas ao QPT no *follow-up*, são apresentados nos Quadros 51-53.

QUADRO 51

Resultados obtidos pelos cinco grupos definidos pelo QPT para o grupo construtivista

	nível 1 (n=8)	nível 2 (n=11)	nível 3 (n=2)	nível 4 (n=5)	nível 5 (n=7)
BDI (1)	8.6+-8.4	8.3+-8.1	13.5+-2	4.4+-2.5	6.1+-5
BDI (2)	12+-7.8	5.6+-5.8	17+-10	4+-3.9	3.7+-3
BDI (3)	7.8+-5.8	4.5+-5.4	9.5+-6.3	1.6+-1.6	1.4+-2
QAIN (1)	28+-9.6	35+-4.4	35+-3.5	39.2+-3	38+-6.8
QAIN (2)	31.7+-4	38+-5.5	36+-4.2	41+-4.6	40+-6.6
QAIN (3)	32+-7.4	40+-5.7	35+-3.5	42+-3.7	40+-4.1
	60+-7.5	57+-7.9	63+-1.4	53.4+-18	57+-8.4
	59.1+-8	61.5+-8	65+-0	54+-5.4	56+-11
	59+-8.8	58+-10	55+-13.4	57+-8.5	65+-3.6

QUADRO 52

Resultados obtidos pelos cinco grupos definidos pelo QPT para o grupo racionalista

	nível 1 (n=8)	nível 2 (n=6)	nível 3 (n=5)	nível 4 (n=4)	nível 5 (n=10)
BDI (1)	6.1+-6	3.1+-2	6.6+-2.4	3.2+-4.7	6.1+-4.9
(2)	7.5+-7.3	5+-3.2	6.6+-4	1.7+-2.8	3.3+-3.3
(3)	4.2+-5.6	2.5+-2.8	5.4+-3	1.5+-1.9	0.8+-1.4
QAIN					
(1)	37.7+-7	43.3+-3	38.2+-3	40.2+-7	36+-4.5
(2)	40+-5.3	40+-6.6	39.6+-6	38.5+-4	39.4+-4
(3)	42+-3.4	41.8+-5	41+-5.5	42.2+-4	41+-2.9
Ans. (1)	56+-6.3	53+-5.8	59+-7.7	53.2+-2	52+-9.6
(2)	55+-9.2	47+-7.4	47+-8.5	59+-8	56+-8.6
(3)	55+-9.2	47+-7.4	60.4+-5	56+-7.5	56+-9.3

Devido à reduzida dimensão de algumas das categorias, procedeu-se a testes t para comparar os efeitos das intervenções preventivas e da condição de controlo, quando associadas aos diferentes níveis de asserções normativas.

QUADRO 53

Resultados obtidos pelos cinco grupos definidos pelo QPT para o grupo de controlo

	nível 1 (n=11)	nível 2 (n=6)	nível 3 (n=3)	nível 4 (n=8)	nível 5 (n=13)
BDI (1)	7.5+-7.5	7.5+-7.5	9.6+-2.5	4+-3.4	6.6+-4.8
(2)	9.9+-8.1	8.6+-5.9	8.6+-3.2	3.5+-3.1	3.6+-2.5
(3)	7.2+-6.1	7.5+-6.2	7.6+-5	2.6+-2	9+-19.9
QAIN					
(1)	36.5+-6	38.6+-10	36+-2	40.2+-5	35.3+-6
(2)	36+-5.4	36+-9.4	35.3+-3	41+-3.7	37+-6.7
(3)	33.4+-8	36+-11.1	33.6+-4	39+-7.2	37+-4.5
Ans. (1)	58+-6.4	59+-8.1	57.3+-10	51+-10.6	57+-9.6
(2)	61.6+-7	60+-3.4	62+-3.4	56.6+-6	53+-9.6
(3)	56.6+-8	50+-7.1	56+-8.7	57+-7.7	63+-5.6

Surgem algumas diferenças:

Para a atribuição de incompetência para cuidar do bebé:

	relações entre const. e racion.
nível 1	pós-intervenção: QAIN R>C (t=6.5, p<.01) follow-up: QAIN R>C (t=9.2, p<.01)
nível 2	n.s.
nível 3	n.s.
nível 4	n.s.
nível 5	follow-up: Ans. R>C t=3.86, p<.01)

Para o tema *percepção de relação conjugal deficiente ou inexistente*

	relações entre const. e controlo
nível 1	follow-up: QAIN C>Ctl (t=2.19, p<.05)
nível 2	pós-intervenção: Ans. C>Ctl (t=-2.5, p<.05) follow-up: QAIN C>Ctl (t=2.17, p<.05)
nível 3	pós-intervenção: Ans. C>Ctl (t=-2.5, p<.05)
nível 4	n.s.
nível 5	follow-up: BDI C>Ctl (t=-2.7, p<.05) QAIN C>Ctl (t= 2.5, p<.05) Ans. C>Ctl (t= -2.9, p<.05)

As comparações feitas realçaram algumas diferenças. Apesar de apresentar alguma superioridade relativamente ao grupo de controlo (Ctl) em vários níveis de asserções valorativas, o grupo de didáctica construtivista (C) surge como inferior ao racionalista (R). Este facto parece desconfirmar a hipótese. Por seu lado, os níveis 1 e 5 das asserções valorativas são aqueles onde se encontra a maioria das diferenças

Para o tema *difficuldade em assumir o papel de mãe*:

	relações entre racional. e controlo
nível 1	pré-intervenção: QAIN R>Ctl ($t=-4.7, p<.01$) <i>follow-up</i> : QAIN R>Ctl ($t=-4.2, p<.01$)
nível 2	n.s.
nível 3	n.s.
nível 4	n.s.
nível 5	<i>follow-up</i> : BDI R>Ctl ($t=-3.5, p<.05$) QAIN R>Ctl ($t=2.2, p<.05$)

- *hipótese 14*. Os grupos correspondentes aos diferentes níveis de significação de confronto/resolução da didáctica construtivista apresentariam melhores resultados clínicos do que os grupos dos níveis equivalentes da didáctica racionalista, e estes melhores resultados do que os grupos dos níveis da condição de controlo, quando comparados termo a termo ou nível a nível.

Tal como para a hipótese 12, quando tomados globalmente os níveis de significações de confronto não diferenciam os grupos entre si. No entanto, quando são examinados tema a tema salientam-se algumas diferenças.

As diferenças entre as didácticas são pouco numerosas, e reflectem-se sobretudo sobre a escala de ansiedade do BSI. Embora de forma não tão evidente, o QAIN também reflectiu alguns dos efeitos particulares dos grupo. - Todas as diferenças encontradas comprovam a superioridade da didáctica construtivista.

QUADRO 54

Resultados obtidos pelo grupo com didática construtivista quando dividido pelo nível de significações sintomáticas escolhidas

	nível 1 (n=9)	nível 2 (n=6)	nível 3 (n=4)	nível 4 (n=10)	nível 5 (n=4)
(1)	5.1+-5.7	5.5+-2.8	4.7+-3.8	5.8+-5.3	4.7+-3.8
BDI (2)	6.6+-7	5.5+-4.5	5.2+-2.5	3.7+-4.1	3+-2.1
(3)	3.7+-5.3	4.5+-3.5	2.7+-3.2	1.3+-2.2	1.2+-1.8
(1)	38.2+-7	40.5+-5	40.5+-2	39+-5.7	35+-5.4
QAIN (2)	37+-4.8	41.6+-6	41+-4.3	40+-3.6	38+-5.6
(3)	41+-3.5	43+-5.2	41+-4.5	41+-3.4	41.7+-3
(1)	51+-6.1	58+-6.7	56+-6.9	54+-6.5	44.2+-8
Ans. (2)	52.1+-10	49+-8.7	48+-7.4	57.5+-8	53.7+-11
(3)	52.4+-10	58+-3.6	51.2+-12	58.5+-7	49+-9.3

QUADRO 55

Resultados obtidos pelo grupo racionalista quando dividido pelo nível de significações sintomáticas escolhidas

	nível 1 (n=4)	nível 2 (n=10)	nível 3 (n=7)	nível 4 (n=4)	nível 5 (n=7)
(1)	9+-12.3	6.5+-4.9	9.1+-6.4	10.7+-9	5.2+-5
BDI (2)	9.2+-7.3	8+-8.1	8+-5.9	8+-11.5	3.8+-2.5
(3)	6+-8.1	6.7+-5.2	3.7+-3.2	3.5+-7	1.4+-1.9
(1)	33+-4	32+-10.2	37+-2.5	35.7+-7	37.5+-6
QAIN	35.2+-9	36+-5.3	37+-3.8	37+-5.9	41+-6.9
(2)	39+-6.2	38+-5.4	36+-8.4	36+-6.8	42+-5.5
(3)					
(1)	56+-5.6	59+-8.8	57+-14.7	58+-2.8	57+-10.8
Ans. (2)	57+-9.5	63+-6.5	61+-6.4	58+-8.7	52+-9.2
(3)	59+-15.1	58+-8.5	59+-8.3	63.7+-4	60+-8.3

No tema *atribuição de incompetência para cuidar do bebê*:

nível	relações entre const. e rac.
1	n.s.
2	pós-intervenção: Ans. C>R ($t=-3.8$, $p<.01$)
3	pós-intervenção: Ans. C>R ($t=-3.1$, $p<.05$)
4	n.s.
5	n.s.

No tema *percepção de relação conjugal deficiente ou inexistente*:

nível	relações entre const. e rac.
1	n.s.
2	pós-intervenção: Ans. C>R ($t=-3.3$, $p<.01$)
3	pós-intervenção: Ans. C>R ($t=-3.5$, $p<.01$)
4	n.s.
5	n.s.

No tema *dificuldade em assumir o papel de mãe*:

nível	relações entre const. e rac.
1	n.s.
2	pós intervenção: Ans. C>R ($t=-3.9$, $p<.01$)
3	n.s.
4	n.s.
5	n.s.

No tema *perda de autonomia e crise existencial*

nível	relações entre const. e rac.
1	n.s.
2	pós-intervenção: Ans. C>R ($t=-4.9$, $p<.005$) <i>follow-up</i> : QAIN C>R ($t=2.39$, $p<.05$)
3	pós-intervenção: Ans. C>R ($t=-3.5$, $p<.01$)
4	n.s.
5	n.s.

- *hipótese 15*. Os grupos correspondentes aos diferentes níveis de asserções normativas da didáctica construtivista apresentariam mais acordos entre os níveis de significações sintomáticas e os níveis de confronto/resolução, do que os grupos da didáctica racionalista, quando comparados termo a termo ou nível a nível.

No grupo de didáctica construtivista ocorreram 7 movimentos de desacordo, mantendo-se, portanto, 26 acordos. No grupo de didáctica racionalista ocorreram apenas 4 desfazamentos entre o nível de significações sintomáticas e o de significações de confronto/resolução, e 28 acordos. A sua relação com os vários níveis de significações normativas/valorativas não pôde ser realizada, dado o pequeno número de participantes que se incluíram nos vários níveis de asserções normativas. Esta hipótese não pôde, assim, ser confirmada.

- *hipótese 16*. Os grupos correspondentes às diferentes acções dialécticas da didáctica construtivista apresentariam melhores resultados clínicos do que os grupos das acções equivalentes da didáctica racionalista, e estes melhores resultados do que os grupos das acções da condição de controlo, quando comparados termo a termo ou acção a acção.

Os grupos com as didácticas racionalista e construtivista e o grupo de controlo foram divididos em função do nível de acções dialécticas adoptadas e depois comparados nível a nível. Os Quadros 56-58 resume os dados em que apoiaram essas comparações.

As ANOVAS realizadas permitiram salientar as diferenças existentes entre os grupos, demonstrando alguma superioridade do grupos com didácticas sobre a condição de controlo. Assim, no grupo constituído pelas acções de combinatória e intuição, o grupo construtivista mostrou-se superior ao grupo de controlo

nos ganhos clínicos expressos pelo QAIN entre a pré-intervenção e o *follow-up* [$F(1,19)=6.17, p<.05$] e pelo BDI entre a pós-intervenção e o *follow-up* [$F(1,19)=4.9, p<.05$]. Por sua vez, o grupo com didáctica racionalista mostrou-se superior aos grupos construtivista e de controlo no BDI entre a pré- e a pós-intervenção [$F(1,19)=6.8, p<.05$; $F(1,9)=4.7, p<.05$], e entre a pré-intervenção e o *follow-up* [$F(1,19)=4.4, p<.05$; $F(1,19)=10.9, p<.005$].

QUADRO 56
Resultados obtidos pelo grupo construtivista quando dividido pelo grupo de acções dialécticas escolhidas

	comb. + int. (n=9)	rec. + inv. (n=18)	id. + cp (n=6)
(1) BDI (2) (3)	4.4 +- 4.4 6.0 +- 5.0 2.8 +- 3.8	5.5 +- 5.0 4.7 +- 5.3 2.8 +- 4.0	5.8 +- 3.0 3.8 +- 2.7 2.0 +- 2.5
(1) QAIN (2) (3)	37.1 +- 7.1 37.7 +- 6.0 40.4 +- 4.2	39.3 +- 4.8 40.2 +- 4.6 41.7 +- 3.6	39.0 +- 6.0 39.5 +- 3.2 42.5 +- 3.8
(1) Ans. (2) (3)	56.5 +- 8.5 55.4 +- 9.1 55.2 +- 11.3	52.9 +- 7.7 52.5 +- 9.5 54.3 +- 8.5	54.1 +- 4.0 50.5 +- 8.8 55.3 +- 6.6

QUADRO 57

Resultados obtidos pelo grupo racionalista quando dividido pelo grupo de acções dialécticas escolhidas

	comb. + int. (n=4)	rec. + inv. (n=24)	id. + cp (n=4)
(1) BDI (2) (3)	5.7 +- 2.2 3.2 +- 3.2 1.2 +- 1.5	7.9 +- 7.4 8.5 +- 7.4 5.5 +- 5.3	7.7 +- 6.0 3.0 +- 2.4 .5 +- 1.0
(1) QAIN (2) (3)	36.5 +- 2.6 40.2 +- 5.7 35.5 +- 12.5	34.3 +- 7.5 37.0 +- 7.1 38.4 +- 5.6	36.2 +- 7.8 36.5 +- 6.1 39.0 +- 2.7
(1) Ans. (2) (3)	53.0 +- 6.6 62.2 +- 3.8 60.7 +- 7.3	59.5 +- 8.4 58.9 +- 9.5 58.9 +- 9.2	51.2 +- 16.1 55.5 +- 3.3 61.2 +- 7.5

QUADRO 58
Resultados obtidos pelo grupo de controlo quando dividido pelo grupo de acções dialécticas escolhidas

	comb. + int. (n=9)	rec. + inv. (n=25)	id. + cp (n=7)
(1) BDI (2) (3)	4.2 +- 2.9 5.1 +- 3.8 4.3 +- 3.7	7.6 +- 6.5 7.7 +- 6.7 6.5 +- 4.9	6.5 +- 4.9 3.1 +- 2.2 2.0 +- 1.5
(1) QAIN (2) (3)	38.8 +- 4.9 37.3 +- 6.8 33.3 +- 8.5	36.6 +- 6.7 37.2 +- 6.6 36.4 +- 7.1	36.5 +- 7.4 37.2 +- 4.7 37.7 +- 5.1
(1) Ans. (2) (3)	54.4 +- 7.5 55.5 +- 10.0 60.4 +- 6.0	58.4 +- 8.2 58.6 +- 7.8 57.0 +- 8.7	52.0 +- 11.5 57.7 +- 5.4 57.2 +- 8.0

No grupo constituído pela adopção de estratégias por reciprocidade e inversão, os grupos preventivos não se diferenciaram em qualquer medida. Contudo, ambos são superiores ao grupo de controlo, no QAIN, da pré-intervenção para o *follow-up* [$F(1,19)=8.6$, $p<.005$; $F(1,19)=10.2$, $p<.005$]. No terceiro grupo de acções dialécticas, por identidade e por centração proposicional, os grupos desenvolvimentistas também não se diferenciam entre si, sendo, no entanto superiores à condição de controlo no QAIN do pós-intervenção para o *follow-up* [$F(1,19)=5.1$, $p.05$; $F(1,19)=5.3$, $p<.05$].

- *hipótese 17*. O grupo de didáctica construtivista apresentaria mais mudanças para níveis superiores de significação ou para acções dialécticas superiores do que o grupo de didáctica racionalista, e este mais mudanças ascendentes do que o grupo de controlo; este

incremento de mudança da didáctica construtivista conduziria a melhores resultados clínicos do que os da didáctica racionalista, e as mudanças de ambas as intervenções a melhores resultados do que os da condição de controlo.

Esta hipótese não pôde ser convenientemente testada, por conduzir à constituição de grupos demasiado reduzidos, não possibilitando qualquer análise com um mínimo de rigor.

No grupo de didáctica construtivista subiram de nível de significações sintomáticas 3 participantes, enquanto que no de didáctica racionalista, apenas 1. Vinte e seis e 28, respectivamente, mantiveram as suas escolhas ao longo do processo preventivo, enquanto que 4 e 3 desceram. Estes dois grupos não apresentam, assim, qualquer diferença no número de transições. A situação é semelhante quanto às acções dialécticas.

CAPÍTULO VI

DISCUSSÃO DAS HIPÓTESES E CONCLUSÕES

Como referido no final do capítulo, a concepção, a implementação e a validação relativa de um programa de intervenção desenvolvimentista para prevenção da depressão pós-parto constituíram os objectivos genéricos deste estudo.

Os quatro objectivos específicos e as dezassete hipóteses, neles contidas, compunham o terceiro objectivo geral de avaliação ou validação comparativa do programa desenvolvimentista.

O autor deste trabalho considera que a fase de concepção do programa foi a mais gratificante, pois tratava-se de conceber uma metodologia clínica relativamente precisa, capaz de operacionalizar um modelo de orientação desenvolvimentista. Mas, tradicionalmente, a comunidade científica interessa-se mais pelas fases de validação formal, neste caso passando por uma comparação clínica com modelos concorrentes mas *consagrados*, do que pela avaliação heurística desse processo de concepção. Deste modo, a estrutura da tese reflecte a importância dada ao estudo de validação.

1. Discussão dos objectivos I e II

O primeiro objectivo deste estudo referia-se à comparação dos efeitos do programa com uma condição de não intervenção ou recurso a um grupo de controlo.

Adiantou-se antes que, em psicoterapia, o facto de uma qualquer intervenção ser um pouco melhor do que uma condição de simples controlo, já pode justificar a concepção e implementação dessa metodologia interventiva. *A fortiori*, tratando-se de uma acção de prevenção (i.e., evitamento da ocorrência ou do agravamento de sintomatologia psicopatológica), os "pequenos ganhos" obtidos num estudo pioneiro são já significativos e promissores de melhores ganhos.

Na revisão de literatura dos capítulos I e III, salientou-se que, do conhecimento do

autor, nenhum estudo neste domínio envolveu, ainda, a comparação da eficácia relativa de duas metodologias ou programas psicoterapêuticos. Com efeito, na quase totalidade desses estudos houve, igualmente, apenas a comparação com um grupo de controlo, sem intervenção.

1.1. Hipótese 1

Confirmando, parcialmente, a hipótese 1., pode afirmar-se que o programa desenvolvimentista produziu melhores resultados clínicos do que os do grupo de controlo, mas só em relação aos indicadores de depressão (tal como avaliados pelo BDI e escala de frequência de pensamentos depressogêneos do QAIN).

O facto dos resultados dos outros indicadores não serem significativos não desvia a atenção do facto da principal sintomatologia em estudo ser, precisamente, a dos processos depressivos. Pode-se, assim, dizer que o programa desenvolvimentista resultou, diminuindo a frequência dos pensamentos depressogêneos da pré-intervenção para o *follow-up* e diminuindo a intensidade das atribuições depressogêneas da pós-intervenção para o *follow-up*.

Saliente-se que, da perspectiva aqui apresentada, os ganhos terapêuticos da pós-intervenção para o *follow-up* são vistos como mais importantes do que os da pré- para a pós-intervenção, uma vez que se trata de um estudo de orientação desenvolvimentista, na qual é, em geral, preciso dar *algum tempo* ao sujeito para criar o conflito e pensar na sua ultrapassagem. Nas intervenções grupais não desenvolvimentistas, como a de Beck (ver capítulo II), incide-se preferencialmente na modificação de indicadores clínicos da pré- para a pós-intervenção.

1.2. Hipótese 2

A hipótese 2. apresentava-se como um desdobramento ou uma especificação da hipótese 1. Tratava-se, assim, de comparar duas variantes didácticas do programa, entre si, e com a condição de não intervenção.

Como se referiu no capítulo III, a didáctica de tipo racionalista visava a adesão a

padrões estabelecidos de raciocínio e conformidade social, e a de tipo construtivista, um processo de exploração criativa de novos padrões de raciocínio e de valoração. Dado que as principais teorias do desenvolvimento de estruturas cognitivas incidem no domínio progressivo de processos de exploração criativa, seria de esperar que uma acção de confronto e comparação de significações de níveis diferentes se acordasse melhor com a didáctica construtivista. Mas também seria normal estimar que a intervenção com a didáctica racionalista produzisse melhores resultados do que os do grupo de controlo. Neste tipo de investigação clínica, parte-se sempre, como se sugeriu, da asserção tentativa de que a intervenção poderá resultar mais do que a não intervenção.

A hipótese da superioridade do grupo de didáctica construtivista relativamente ao racionalista e ao de controlo, confirmou-se para a frequência de pensamentos negativos do QAIN, e as escalas de *somatização*, *sensibilidade interpessoal*, *depressão*, *ansiedade* e no *índice global de gravidade* do BSI (na de *hostilidade*, o construtivista foi superior só ao de controlo). No entanto, na maioria destas escalas e no QAIN, a acção do programa com didáctica racionalista não se diferenciou da do de controlo. E, curiosamente, os resultados significativos do BDI, na hipótese 1., não se reproduziram com o desdobramento didáctico do programa.

1.3. Conclusões dos objectivos I e II

Pode, assim, afirmar-se que a didáctica construtivista se acordou melhor do que a racionalista com a restante metodologia desenvolvimentista, no que dizia respeito à modificação da maioria dos indicadores psicopatológicos. O componente didáctico do programa revelou-se importante na diferenciação dos seus resultados, embora ocupasse apenas um período breve de todo o processo interventivo.

A didáctica permitia sugerir ao espectador uma síntese clarificadora das significações dramatizadas, a que era exposto. A orientação construtivista dessa síntese pareceu poder potenciar a acção de confronto com níveis diferentes de significações dramatizadas. É possível que a sugestão de abertura e exploração tivesse levado a uma comparação sistemática dos modelos, enquanto que a da eficácia racional influenciase uma adesão mais directa a um

determinado modelo. Nesse sentido, houve uma melhor integração da didáctica construtivista nos componentes dramatizados da intervenção.

É difícil explicar o facto dos índices de gravidade depressogénea variarem, em função da comparação do grupo de controlo com o programa global e com o programa repartido em duas didácticas. Virtualmente, os indicadores depressogéneos do BDI são diferentes dos indicadores do BSI e, como tal, reagiram diversamente à forma como se processou o programa.

Saliente-se que os melhores resultados do programa global, sem distinção de didácticas, e do programa de didáctica construtivista, foram obtidos no processo do pós-tratamento para o *follow-up*, quatro semanas depois. Quer isto dizer que a intervenção desenvolvimentista convidava as recém-mães a um processo reflexivo progressivo e, de certo modo, resultou melhor quando essa progressão no tempo pôde ocorrer. O facto de muitos dos indicadores psicopatológicos terem ligeiramente aumentado durante a intervenção também parece confirmar a ideia de que o programa, sobretudo na sua versão construtivista, ter incidido nas significações sintomáticas, tendo o seu confronto levado, provisoriamente, a um aumento dessa sintomatologia.

O confronto cria o conflito e este é experienciado com maior emocionalidade negativa. Esta diminui à medida que a pessoa, já depois do confronto directo (i.e., intervenção), estrutura o conflito, distancia-se emocionalmente dele para reflectir sobre as suas significações, e procura aderir a uma estratégia de resolução ou ultrapassagem.

2. Discussão do objectivo III

No terceiro objectivo, independentemente do tipo de intervenção didáctica, ou da inclusão na condição de controlo, procurou-se comparar os resultados da auto-avaliação dos cinco grupos de mulheres, correspondentes às avaliações, preferências, ou identificações com os cinco níveis de significação sintomática e de significação confrontante, assim como os resultados das dos grupos caracterizados por transições entre esses níveis. Como se referiu, esta comparação permitiria compreender melhor a estrutura desenvolvimentista do programa.

Recorde-se que se recorreu a quatro tipos de indicadores desenvolvimentistas: (a) níveis

de significações valorativas e normativas, avaliados em todos os grupos por meio de questionário; (b) níveis de significações depressogéneas, avaliados só para os grupos de intervenção por meio de escolha face à dramatização; (c) níveis de significações confrontantes com ou de resolução das crenças depressogéneas, também avaliados apenas para os grupos de intervenção submetidos aos vídeos; (d) acções dialécticas de reestruturação, avaliadas em todos os grupos por meio de questionário.

Incluíram-se, assim, os principais indicadores do modelo de psicopatologia desenvolvimentista que orientou este trabalho. O indicador dialéctico era o único não estruturado numa sequência de significações de crenças, normas, atitudes, etc..

2.1. Hipótese 3

Nesta hipótese, estipulava-se que a adesão a níveis superiores de significações sintomáticas conduziria a melhores resultados clínicos, comparativamente à adesão a níveis inferiores. Como referido, partia-se da asserção do modelo de psicopatologia de que quanto mais alto o nível de significação inadaptativa, maior a possibilidade da sua modificabilidade e da mudança das respectivas reacções emocionais e atitudinais sintomáticas (Joyce-Moniz, 1989). Usando uma terminologia menos precisa, poder-se-ia dizer que as significações sintomáticas mais gerais ou abstractas são, em geral, as mais fáceis de tratar.

A hipótese confirmou-se, mas só em relação a uma diminuição das atribuições depressogéneas do BDI. No entanto, é de salientar que essa redução ocorreu em todos os quatro temas ou sistemas significativos do estudo (i.e., dois da pré-intervenção para o *follow-up*, e dois da pós-intervenção para o *follow-up*).

Também se deve salientar que a análise estatística da eficácia relativa dos grupos correspondentes aos níveis permitiu reparti-los em dois grupos: o dos níveis 3, 4 e 5 revelaram-se significativamente superiores ao dos níveis 1, 2. É natural que, utilizando grupos com mais participantes (i.e., as do programa eram 65), as diferenças sucessivas entre os níveis poderiam aproximar-se do resultado ideal: nível 5 superior a 4, 4 superior a 3, 3 superior a 2, etc..

2.2. Hipótese 4

As significações normativas e valorativas do questionário, embora relacionadas directamente com as quatro temáticas clínicas, eram mais gerais do que as significações normativas e valorativas das personagens. As características próprias destas poderiam ter influenciado as escolhas a que se refere à hipótese anterior. Não havendo modelos, mas sim asserções mais genéricas, no questionário solicitava-se um endosso mais *distanciado* dessas significações.

Ora, para estes indicadores, os grupos correspondentes aos níveis mais elevados não se revelaram necessariamente melhores do que os grupos correspondentes aos níveis inferiores, e isto para o BDI, para o QAIN e para as escalas do BSI. Embora genericamente se tivesse verificado uma tendência para os resultados dos grupos superiores serem mais favoráveis do que os dos inferiores, a verdade é que apareceram demasiadas combinações, quer relativamente à divisão dos níveis em grupos de eficácia relativa (e.g., $5 > 2,3,4 > 1$; $5 > 1,2,3,4$; $5 > 2,4 > 1,3$), quer à sua sequenciação de acordo com essa eficácia (e.g., $1,3 > 2,4,5$; $1,4,5 > 2 > 3$; $3 > 1,2,5 > 4$), para que se pudesse estabelecer mais peremptoriamente o sentido desta tendência.

É possível, também, que este questionário seja inadequado para este tipo de estudo. As suas asserções gerais são, talvez, excessivamente abstractas para poderem discriminar os níveis de pensamento, de mulheres necessariamente mais atentas a apreciações, queixas, valores ou normas, ligados concretamente a situações dramáticas e, efectivamente, vivenciados.

2.3. Hipóteses 5 e 11

Na hipótese 5, estipulava-se que a adesão a níveis superiores de significações de confronto e de resolução de significações depressogéneas apresentaria melhores resultados clínicos, comparativamente à adesão a níveis inferiores. Na hipótese 11, que a adesão a níveis de significação de confronto/resolução superiores aos níveis de significação sintomática, apresentaria melhores resultados clínicos do que a adesão a quaisquer outras combinações entre significações de confronto e sintomáticas.

A hipótese 5 pôde ser confirmada dentro de condições semelhantes às da hipótese 3, ou

seja, em relação às atribuições depressogêneas do BDI e aos quatro temas, geralmente da pré-intervenção para o *follow-up*. Assim, o grupo de maior eficácia relativa correspondeu aos níveis 3, 4 e 5, como no caso dos resultados da hipótese 3.

Estes resultados parecem confirmar que metodologias de imaginação e avaliação de positivos e negativos e de exploração criativa são, virtualmente, mais eficazes do que as de intuição ou imaginação espontânea, e estas superiores às de simples explicação causal e de aprendizagem vicariante de uma solução específica. O que, por sua vez, parece poder corroborar a asserção de que quanto mais genérico, integrador e flexível for o confronto, maior o seu poder de neutralizar ou reduzir a perturbação das significações depressogêneas. No entanto, a frequência destas não pareceu ser afectada significativamente por essas estratégias mais genéricas.

O facto de não se ter podido confirmar a hipótese 11, relativa à superioridade clínica de qualquer tipo de combinação entre nível de significações de confronto e nível de significações sintomáticas, poderia querer dizer que qualquer nível de significações de confronto seria eficaz com qualquer nível de significações sintomáticas. Não houve, pois, diferenças significativas entre os resultados relativos às três possibilidades: nível de confronto superior ao nível sintomático; nível de confronto igual ao nível sintomático; nível de confronto inferior ao nível sintomático.

Todavia, verificou-se a segunda condição, isto é, a maioria das participantes situou, de facto, os seus endossos dos dois tipos de significação no mesmo nível. O que parece não contradizer as hipóteses 3 e 5.

A coincidência entre níveis de significações sintomáticas e de confronto constituiu, aliás, um dos resultados mais interessantes deste estudo. O programa de exposição a dramatizações videográficas suscitou, assim, juízos de concordância entre as queixas do modelo e as respectivas racionalizações de resolução.

Teria sido, talvez, mais interessante que se tivessem verificado desfazamentos entre umas e outras, pois isso teria significado mais conflito, contradição e dinâmica desenvolvimentista. Mas com uma intervenção grupal breve, como a que se utilizou no programa, compreende-se que a adesão a um modelo tenha sido preponderante.

2.4. Hipótese 6.

Na hipótese 6., só se pôde confirmar a superioridade das acções dialécticas de combinatória e intuição às de reciprocidade e inversão e, estas às de identidade e contração, tal como foram escolhidas na primeira auto-avaliação, e em relação ao BDI na pós-intervenção. Para as atribuições depressogêneas do BDI, entre a pré-intervenção e o *follow-up*, verificou-se também a superioridade da reciprocidade e da inversão sobre a identidade e a contração, avaliadas no *follow-up*.

A semelhança das hipóteses anteriores, incidindo na eventual superioridade dos níveis mais elevados de significações sintomáticas, de confronto e de asserções valorativas/normativas sobre os níveis menos elevados, também no que respeita a estas acções dialécticas os resultados não foram extensivamente concludentes, mas permitiram assinalar a tendência da maior eficácia das acções de maior abertura e complexidade dialéctica sobre as demais.

Recorde-se que, nas utilizações anteriores do QAIN (e.g., Fradique, 1984; Peixoto, 1986), a eficácia relativa das acções dialécticas também permitiu ordená-las nos três grupos a que se refere esta hipótese.

2.5. Hipóteses 7, 8, 9 e 10

Estas quatro hipóteses referiam-se à possibilidade das participantes, que efectuassem passagens de escolhas de níveis inferiores para níveis superiores de significações sintomáticas, de asserções valorativas/normativas, e de confronto/resolução, assim como de acções dialécticas mais simples para mais complexas, pudessem apresentar melhores resultados clínicos do que os das participantes, que efectuassem quaisquer outras passagens.

Em primeiro lugar, assinale-se que, assim como não houve grandes discordâncias entre níveis de significações sintomáticas e de confronto, também o número de passagens entre níveis de significações deste tipo, ao longo da intervenção preventiva, foi reduzido. Insista-se, de novo, na eventualidade desta intervenção ter sido demasiado breve para suscitar um *desapego* da pessoa ao personagem escolhido no primeiro tema, e a correlativa adesão a outros

personagens durante as sessões dos outros temas. De tema para tema, e da queixa para o confronto no interior de cada um, a participante manteve-se fiel à opção inicial. Ver-se-á, a seguir, quando da discussão das hipóteses do objectivo IV, se a variante didáctica pôde, ou não, modificar esta tendência de conservação.

É possível que a escassez destas passagens explique a falta de diferenças significativas entre a eficácia relativa das diferentes transições, no que respeita às escolhas das asserções sintomáticas dos modelos (Hipótese 7).

No entanto, no que se refere às escolhas das asserções de confronto/resolução dos modelos (Hipótese 9), apesar de também se terem verificado poucas passagens, deparou-se com uma nítida e importante superioridade dos movimentos ascendentes (i.e., do inferior para o superior), sobre os movimentos descendentes (i.e., do superior para o inferior), para as atribuições depressogéneas do BDI (da pré- para a pós-intervenção). Com um maior número de passagens, talvez se reforçasse esta tendência, estendendo-se ao *follow-up* e abrangendo os dois instrumentos de avaliação.

Em segundo lugar, acentue-se que se verificaram várias passagens da pré-intervenção para o *follow-up* entre níveis de asserções valorativas/normativas e entre acções dialécticas. O que teve como consequência poderem confirmar-se, parcialmente, as hipóteses 8 e 10.

Com efeito, e em relação à hipótese 8, as passagens ascendentes entre níveis de asserções valorativas/normativas foram superiores às passagens descendentes nos resultados clínicos do BDI (da pré- para a pós-intervenção, e da pré-intervenção para o *follow-up*). De igual modo, as subidas foram superiores às manutenções de níveis no BDI, no QAIN. E as manutenções foram superiores aos movimentos de descida o QAIN.

Por sua vez, relativamente à hipótese 10, as passagens ascendentes de acções dialécticas de identidade e centração proposicional para acções de inversão e reciprocidade, e destas para as de intuição e combinatória corresponderam a melhores resultados na escala de frequência de pensamentos negativos do QAIN, do que as passagens descendentes e de manutenção.

Sendo as significações dos questionários, por definição, mais impessoais e genéricas do que as significações dramatizadas, também os grupos correspondentes enveredaram por um menor apego a um nível/dialéctica determinado/a e, desta forma, puderam apresentar,

sobretudo, melhores índices de frequência e intensidade depressogêneas.

2.6. Conclusões do objectivo III

Como mencionado, de forma genérica poder-se-á afirmar que os grupos de participantes correspondentes à identificação com ou preferência por níveis mais elevados de significação revelaram tendência para apresentar melhores resultados clínicos do que os grupos correspondentes aos níveis inferiores.

O BDI revelou-se como o instrumento mais sensível a esta tendência, as escalas do BSI como as menos sensíveis, e a escala de frequência do QAIN ocupando uma posição intermédia mas, mesmo assim, confirmatória.

Os grupos formados pelos níveis de adesão às significações sintomáticas dos personagens e às suas significações de confronto/resolução revelaram resultados mais nítidos, ou uma tendência mais pronunciada, quanto à superioridade dos níveis mais elevados, comparativamente aos resultados dos grupos formados pelos níveis de adesão às asserções normativas/ valorativas e às acções dialécticas dos questionários. Desta forma, a identificação com as significações do personagem pareceu ser mais determinante do que o endosso de significações/ dialécticas mais genéricas.

E esta tendência manifestou-se com a mesma força para os quatro temas. Isto é, o processo de comparação dos personagens e a virtual opção por um nível superior de significação mostraram ter efeitos semelhantes para o conjunto da intervenção. Deste modo, os níveis de significações mais integrativas e abstractas não corresponderam a uma maior eficácia, quanto aos temas mais integrativos e abstractos (i.e., dificuldades em assumir o papel de mãe; perda de autonomia e crise existencial). E os níveis de significações menos integrativas e mais concretas não corresponderam a uma maior eficácia, quanto aos temas menos integrativos e mais concretos (i.e., atribuição de incompetência para cuidar do bebé; percepção da relação conjugal deficiente ou inexistente). Isto é, a asserção de que quanto mais elevado o nível de significação, menor a gravidade sintomática ou a sua maior modificabilidade, pôde ser parcialmente confirmada neste trabalho.

Curiosamente, aconteceu precisamente o contrário quando se tentou verificar a eventual superioridade de passagens ascendentes de níveis de significação sobre as passagens descendentes ou sobre as manutenções de níveis. Com efeito, os endossos de significações/dialécticas dos questionários revelaram ser clinicamente mais concludentes do que as identificações com as significações dramatizadas. Disse-se antes, que houve mais mudanças nos endossos dos questionários, e mais conservação na escolha de significações dos personagens. Talvez se possa, assim, afirmar que, neste tipo de estudos, convém utilizar tanto os questionários com endosso de significações impessoais de níveis diferentes, como a comparação de significações de personagens e correlativa adesão a um nível determinado.

Processos de conservação e de mudança fazem parte da mesma dinâmica desenvolvimentista e podem concorrer para resultados clínicos semelhantes, sobretudo quando se trata de reduzir a frequência e a intensidade emocional de pensamentos depressogéneos.

Apesar das hipóteses do objectivo III terem sido, apenas, confirmadas parcialmente, a verdade é que, com excepção dos resultados algo desordenados da hipótese 4, não se verificou a existência de melhores resultados clínicos correspondentes aos níveis inferiores comparativamente aos superiores, nem dos das acções dialécticas mais integrativas comparativamente às mais simples, ou nem dos das passagens descendentes ou da manutenção de níveis comparativamente às passagens ascendentes. Esta confirmação geral da superioridade clínica dos níveis de significação mais elevados e dos movimentos ascendentes permite fundamentar a estrutura desenvolvimentista da intervenção.

3. Discussão do objectivo IV

Este objectivo representava uma *integração* (a) do objectivo II, dizendo respeito à comparação dos resultados relativos ao grupo da intervenção didáctica construtivista com os resultados do grupo da intervenção didáctica racionalista e do grupo de controlo; (b) no objectivo III, dizendo respeito à comparação dos resultados relativos aos grupos formados pela adesão a níveis superiores de significação e a movimentos ascendentes com os resultados dos

grupos de adesão a níveis inferiores e a movimentos descendentes ou de estabilização inter-níveis.

3.1. Hipóteses 12 e 14

Em ambas as hipóteses, estipulava-se que os grupos correspondentes aos diferentes níveis de significações sintomáticas (hip. 12) e de confronto/resolução (hip. 14) da intervenção didáctica construtivista apresentariam melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes, termo a termo ou nível a nível, da intervenção didáctica racionalista.

Não se deparou com diferenças entre os resultados das duas didácticas, quando os quatro temas foram analisados conjuntamente.

No entanto, quando os grupos de níveis correspondentes foram comparados, não globalmente, mas para cada um dos temas em estudo, verificaram-se algumas diferenças significativas entre a intervenção didáctica construtivista e a racionalista: (a) verificou-se uma superioridade da didáctica construtivista para a escala de ansiedade do BSI e para a escala de frequência do QUAIN; (b) o nível 3 foi o que beneficiou mais esta intervenção; os níveis 4 e 5 foram os que as diferenciaram menos. Estas diferenças ocorreram nas quatro áreas temáticas e tanto nas significações sintomáticas como nas de confronto.

3.2. Hipóteses 13 e 16

Em ambas as hipóteses, estipulou-se que os grupos correspondentes aos diferentes níveis de asserções normativas e às diferentes acções dialécticas da intervenção didáctica construtivista conduziram a melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes, nível a nível ou termo a termo, da intervenção didáctica racionalista, e estes melhores do que os dos grupos correspondentes da condição de controlo.

A hipótese 13 não pôde ser confirmada pois os resultados apontam precisamente para uma tendência contrária, ou seja, de superioridade da didáctica racionalista sobre a construtivista.

Este resultado, aparentemente surpreendente, pode explicar-se pela fraca dimensão dos grupos correspondentes aos cinco níveis de significações normativas (i.e., nível 1 do grupo

racionalista n=3; nível 3 do grupo de controlo n=4).

A hipótese 16 pôde, ao contrário, ser parcialmente confirmada. Os grupos das acções de combinatória + intuição, reciprocidade + inversão, e centração proposicional + inversão da didáctica construtivista apresentaram *alguns* resultados superiores aos dos grupos correspondentes da condição de controlo no BDI, por vezes da pré- para a pós-intervenção, outras vezes da pré-intervenção para o *follow-up*. Assim como os grupos de combinatória + intuição e reciprocidade + inversão, da escala de frequência de pensamentos do QAIN, incluídos na didáctica construtivista, revelaram-se superiores aos dos grupos correspondentes da condição de controlo, da pré-intervenção para o *follow-up*.

A escala do QAIN demonstrou ser mais sensível nesta comparação termo a termo do que o questionário desenvolvimentista de asserções normativas/valorativas.

3.3. Hipótese 15

Na hipótese 15, estipulava-se que os grupos correspondentes aos diferentes níveis de asserções normativas da didáctica construtivista apresentariam mais acordos entre os níveis de significações sintomáticas e os níveis de confronto/resolução, do que os grupos dos níveis da didáctica racionalista, quando comparados termo a termo ou nível a nível.

No entanto, não se deparou com qualquer tipo de diferenças entre esses grupos. A didáctica construtivista não se revelou superior à didáctica racionalista. De certo modo, a desconfirmação desta hipótese permitiu corroborar as hipóteses 5 e 11, sugerindo uma coincidência entre níveis de significação sintomáticas e de confronto, independentemente do tipo de intervenção didáctica.

3.4. Hipótese 17

Na hipótese 17, estipulava-se que o grupo de didáctica construtivista apresentaria mais mudanças para níveis superiores de significação, ou para acções dialécticas superiores, do que o grupo de didáctica racionalista, e estes mais mudanças ascendentes do que o grupo de controlo. Este incremento de mudanças da didáctica construtivista conduziria a melhores resultados clínicos do que os da didáctica racionalista, e as mudanças de ambas as intervenções

a melhores resultados do que os da condição de controlo.

Não se encontraram quaisquer diferenças significativas entre os grupos correspondentes aos movimentos ascendentes de níveis de significações sintomáticas, de significações de confronto/ resolução e de asserções valorativas/normativas.

A análise do efeito conjunto de várias variáveis, em conjugação com os fracos efectivos dos grupos em comparação, leva, muitas vezes, a resultados algo contraditórios. Só a replicação destas comparações com grupos de maiores dimensões, poderá ajudar a desvanecer as dúvidas e a confirmar as tendências.

3.5. Conclusões do objectivo IV

Comparativamente aos outros, os resultados referentes a este objectivo são os menos favoráveis às respectivas hipóteses e/ou os menos claros.

É bem sabido que, sobretudo em investigação comparativa em psicoterapia, quanto mais se combinam as variáveis em estudo, mais difíceis de interpretar são os resultados. A dinâmica das dimensões psicopatológicas escapa quase sempre à *lógica*, ou às regularidades, da investigação experimental do comportamento humano. Por outras palavras, a investigação em psicoterapia dificilmente se acomoda nos paradigmas da investigação experimental tradicional, sobretudo quando estes se servem de processos de validação estatística, demasiado centrados em propósitos de confirmação positivista.

4. Síntese conclusiva

Referiu-se, no final do Capítulo III, que este programa de orientação cognitivista e desenvolvimentista se justificava pela escassez de intervenções deste tipo, e pela relativa pobreza conceitual e mesmo metodológica dessas intervenções, face a um domínio clínico ou psicopatológico de importância crescente como o da depressão pós-parto.

Também se disse que a aplicação de uma metodologia desenvolvimentista ao domínio da prevenção de processos depressivos nas mães recentes se justificava ainda, porque as vivências do parto e do pós-parto constituem um período importante do desenvolvimento da mulher, com uma aquisição "acelerada e radical" de novas significações sobre a própria ou aqueles que

a rodeiam. E que se visava, deste modo, tentar impedir que esse processo não evoluísse para a patologia depressiva.

Deu-se uma forma *de dramatização videográfica* a essa metodologia desenvolvimentista; forma supostamente mais atractiva ou sugestiva. As personagens de mães recentes dramatizavam reflexões depressogéneas ou de confronto com essas significações. Como cada uma representava um nível de significações, a espectadora era confrontada com níveis diferentes de significação, para poder *compará-los entre si e às suas próprias convicções*. Visava-se, deste modo, que a participante reflectisse sobre esta sucessão de níveis de significações, revelando uma evolução do simples para o complexo, ou do específico para o geral, ou do rígido para o flexível, de acordo com o modelo de psicopatologia subjacente ao estudo (Joyce-Moniz, 1989, 1992).

Como se mencionou, a concretização do programa envolveu um processo longo e penoso, de luta constante contra barreiras institucionais e dificuldades de adesão a acções preventivas deste tipo. O que levou à opção pela intervenção individualizada mas em grupo.

Essa implementação do programa foi, como mencionado, precedida pela caracterização da população de puérperas da região lisboeta, o que também foi longo e penoso (i.e., 911 mulheres contactadas, para só se conseguirem 140 respostas ao primeiro inquérito. Contudo, não só este estudo caracterizador era indispensável para a operacionalização do programa como poderá servir para futuros estudos de intervenção preventiva ou remediativa. Em geral, a população examinada não se diferencia nas variáveis consideradas de outros grupos de puérperas, caracterizados noutros países ocidentais.

Este estudo, com as suas fases da concepção do programa, da sua implementação concreta sob esta forma grupal, e da sua validação, por comparação da sua eficácia com um grupo de controlo e pela análise da sua *estrutura desenvolvimentista*, prolongou-se por mais de quatro anos.

Tradicionalmente, uma tese deste tipo incide preferencialmente na fase de validação. Embora seja a menos criativa e, assim, aliciante, cabe, aqui, resumir as principais constatações validativas, que se podem retirar da discussões dos objectivos e hipóteses. Como apenas

ocorreu significância para algumas variáveis clínicas, não se pode falar de resultados conclusivos para a maioria das 17 hipóteses, mas de *tendências*, que poderão ser melhor estabelecidas por meio de novos estudos replicativos.

(a) Os resultados clínicos mais positivos dizem respeito à diminuição ou redução dos indicadores de frequência e intensidade emocional de significações depressogêneas, como resultado da participação num programa de prevenção visando, precisamente, a depressão puerperal.

Como se disse, o BDI revelou-se como o instrumento mais sensível para esta intervenção, as escalas do BSI como as menos sensíveis, e a escala de frequência do QAIN ocupando uma posição intermédia.

(b) Os grupos de participantes na intervenção didáctica construtivista (i.e., visando um processo de exploração criativa de significações para as temáticas problemáticas do pós-parto) revelaram tendência para apresentar melhores resultados clínicos do que os das participantes na intervenção didáctica racionalista (i.e., visando a adesão a padrões estabelecidos de raciocínio e conformidade social), e estes melhores do que as participantes no grupo de controlo sem intervenção preventiva.

(c) Os grupos de participantes correspondentes à identificação com ou preferência por níveis mais elevados de significação (i.e., sintomática, valorativa/normativa, de confronto/resolução, de acção dialéctica) revelaram tendência para apresentar melhores resultados clínicos do que os grupos correspondentes aos níveis inferiores.

(d) Os grupos de participantes correspondentes à identificação com ou preferência por mudanças (ascendentes) para níveis mais elevados de significação, ou para acções dialécticas mais complexas, revelaram tendência para apresentar melhores resultados clínicos do que os dos grupos correspondentes à manutenção do nível/dialéctica ou às mudanças (descendentes) do superior para o inferior.

(e) Essas tendências não se confirmaram, ou apenas foi possível fazê-lo marginal ou tenuamente, quando se compararam os resultados clínicos das condições (a) (i.e., didáticas do programa e controlo s/ intervenção), (b) (i.e., sequências de níveis de significações), e a (c) (i.e., mudanças entre níveis de significações).

De modo geral, pode afirmar-se que se demonstrou satisfatoriamente a adequação do programa desenvolvimentista na prevenção de sintomatologia depressogénea nas mães recentes.

O confronto da mulher com personagens dramatizados, modelando os diferentes níveis de significações sintomáticas e de confronto, constitui, sem dúvida, uma alternativa mais *dialéctica* aos outros programas preventivos, orientados para didáticas profiláctidas ou para racionalizações de conformidade social e "bom senso". A espectadora é conduzida à comparação sistemática de crenças, atribuições, valores, normas, modelos de atitudes, em princípio sequenciados pelo desenvolvimento.

E é este confronto dialéctico entre personagens, que se pressupõe vir a provocar ou aumentar a dialéctica da espectadora consigo própria. Ou melhorá-la substancialmente, através da adesão ou preferência por níveis de significações mais elevados, mudanças ascendentes entre esses níveis, acções dialécticas mais reversíveis ou exploratórias. A qual levará, virtualmente, à não emergência, à redução ou à anulação das reacções depressogéneas.

O programa também constitui uma alternativa, porventura mais atraente, às formas tradicionais de confronto cognitivo.

5. Comentário prospectivo

Um trabalho visando introduzir uma nova metodologia clínica vale, concerteza, mais pelo que promete, ou pelas vias de actuação que abre, do que pelas respostas, ou pelo que pretende demonstrar.

Esta é, assim, uma tese voltada para futuras intervenções psicoterapêuticas no domínio da

depressão pós-parto. E, como tal, o seu autor não se priva de apontar algumas insuficiências deste estudo e algumas sugestões para as superar.

(a) A duração de uma intervenção desenvolvimentista não tem de ser equivalente ao próprio tempo do desenvolvimento "natural", mas tem de *levar algum* tempo. Um programa com um número de sessões maior (ou bastante maior ?), do que as 6 deste programa poderá ser bem mais eficaz na sua acção preventiva.

(b) Para ser alargado a um maior número de sessões (e.g., 12), este tipo de programa também teria de começar mais cedo. Pensamos que esse começo deveria situar-se no terceiro trimestre da gravidez. Neste sentido, o estudo de caracterização também deveria ser alargado ao período da gravidez, pelo menos abrangendo o segundo trimestre.

(c) A adesão a este tipo de intervenção preventiva poderá ser facilitada:

_ se as mulheres puderem ser informadas da sua existência e condições de frequência pelos médicos assistentes e enfermeiras dos serviços, a que recorrem, pelo menos a partir do final do segundo trimestre;

_ a se os programas puderem ser implementados nos hospitais e centros de saúde, sobretudo em consonância com as consultas de obstetria e pediatria;

_ se as mulheres puderem optar por uma forma individual, grupal ou mista do programa.

(d) A eficácia do programa poderá ser aumentada:

_ se, de facto, as mulheres puderem beneficiar de um programa com sessões individuais alternando com sessões grupais;

_ se estas sessões grupais perderem a sua orientação "individualizada" e converterem-se sobretudo em espaços de discussão livre e de confronto expresso de níveis diversificados de opinião e testemunho pessoal;

_ se o programa, incluindo o seu componente de dramatização videográfica, for adaptado a populações mais específicas de grávidas/puerperas, como adolescentes, mães

solteiras, mulheres de baixo nível cultural, etc.;

_ se, pelo menos em metade das sessões, *ambos* os membros do causal, participarem activamente no programa;

_ se cada tema, ou sistema de significações dramatizadas, puder ser visto, não uma, mas várias vezes; sempre que o testemunho de uma das mulheres assim justifique a sua reintrodução.

(e) De acordo com o objectivo anterior de eficácia e com as propostas feitas nesse sentido, o papel do psicoterapeuta neste tipo de programa terá, necessariamente, de ser mais activo e participativo nas sessões grupais. Deverá facilitar não só o confronto e a comparação das significações dos personagens mas, acima de tudo, a *expressão* de opiniões e testemunhos pessoais em grupo, e a troca de ideias e experiências.

De maneira geral, o autor da tese gostaria, no futuro, de utilizar este tipo de programa desenvolvimentista e videográfico para uma intervenção *remediativa*. Necessariamente, o processo de identificação da consulente depressiva com um ou mais níveis de significações sintomáticas, e o de opção por uma ou mais formas de significações de confronto, serão, neste tratamento, mais longos e estruturados do que na versão preventiva. E as didácticas terão de ser menos impessoais ou genéricas. Mas as principais orientações metodológicas do presente programa poderão ser mantidas.

Como se referiu nos capítulos iniciais, o estudo da depressão pós-parto tem conhecido destinos diversos. Por um lado, não só desaparece do DSM-III e DSM-III/R e de muitas nosologias psicopatológicas recentes, mas também não suscita grande entusiasmo da parte dos autores dos modelos psicoterapêuticos fenomenológicos, comportamentais, cognitivistas ou sistémicos, mais seguidos na actualidade. Por outro, tem aumentado vertiginosamente o número de artigos e livros de informação, caracterização e ensaio/opinião, consagrados a este domínio. Como se disse, este aumento não se tem reflectido na qualidade da intervenção, preventiva ou remediativa.

Que futuro terão, pois, os programas ou intervenções neste domínio?

A resposta não cabe ao autor, até porque a incidência de depressão pós-parto parece estar, de facto, ligada estreitamente a sistemas de significações que mudam, à medida que mudam as culturas. Por enquanto, as condições socio-culturais e psicopatológicas prevalentes no nosso país sugerem que os programas preventivos desta perturbação podem ser, de facto, de grande utilidade e necessidade.

Esta tese constituiu, assim, uma tentativa pragmática e prospectiva de prevenir a emergência de um processo depressivo que toca uma grande proporção das mães recentes em Portugal e nos países de cultura semelhante.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, K. (1911) Notes on psychoanalytic investigation and treatment on manic-depressive insanity and allied conditions; in Selected papers on psychoanalysis. (1960), pp. 137-156. New York: Basic Books.
- Abramson, M.J., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978) Learned helplessness in humans: critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978) Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
- ↗ Acton, R.G. & Genest, M. (1987) A prospective study of post-partum depression: A test of a cognitive model. Paper presented at AABT, 13/15 Nov., Boston, Mass.
- ↗ Affonso, D.D. & Domino, G (1984) Post-partum depression: a review. Birth: Issues in Perinatal Care and Education, 11 (4), 231-235.
- ↗ Akiskal, H.S. & McKinney, W.T., Jr., (1973) Depressive disorders: Toward a unified Hypothesis. Science, 182, 20-29.
- Akiskal, H.S., Bitat, A.H., Puzantian, V.R et al. (1978) The nosological status of neurotic depression: A propective three-to-four year follow-up examination in the light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. Archives of General Psychiatry, 35, 756-766.
- Alder, E.M. & Cox, J.L. (1983) Breast feeding and post-natal defusion. Journal of Psychosomatic Research, 27, 39-144.
- Alder, E.M., Cook, A., Davidson, D., West, C., Bancroft, J. (1986) Hormones, Mool and Sexuality in Lactating Women. British Journal of Psychiatry, 148, 74-79.
- Alger, I. & Hogan, P. (1966) Video-tape: Its use and significance in psychoterapy. Paper presented before the Society of Medical Psychoanalysts at the New York Academy of Medecine. September.
- Andrews, G.Tennant, C., Hewson, D.M.& Vaillant, G.E. (1978) Life event stress, social support, coping style and risk of psychological impairment. Journal of Nervous and Mental Disease, 166, 307-316.
- Antonuccio, D.O., Lewinsohn, P.M. and Steinmetz, J.L. (1982) Identification of therapist differences in a group treatment for depression. Journal of Consulting Clinical Psychology, 50, 433-435.
- ↗ Arizmendi, T.G. & Affonso, D.D. (1987) Stressfull events related to pregnancy and post-partum. Journal of Psychosomatic Research, 31, 6, 743-756.
- ↗ Atkinson, A.K. & Rickel, A.U. (1983) Depression in women: The post-partum experience. Issues in Mental Health Nursing, 5 (1-4), 197-218.

Atkinson, A.K. & Rickel, A.V. (1984) Post-partum Depression in Primiporous Parents. Journal of Abnormal Psychology, 93, 1, 115-119.

Bagedahl-Strindland, M. & Jansson, B. (1983) Does the season of conception influences the frequency of post-partum mental illness? Acta Psychiatrica Scandinavica, 45, 159-160.

Bailey, K. & Sowder, T. (1970) Audio-tape and Video-tape self-confrontation in psychoterapy. Psychological Bulletin, 74, 124-137.

Baker, M., Dorzab, J., Winokur, G. & Cadoret, R. (1971) Depressive disease: The effect on the post-partum state. Biological Psychology, 3, 357-365.

Ballinger C.B., Buckley D.E., Naylor G.J. & Stansfield, D.A. (1979) Emotional disturbance following childbirth: Clinical findings and urinary excretion of cyclic AMP. Psychological Medecine, 9, No.2, 293-300.

Ballinger, C.B. (1982) Emotional disturbing during pregnancy and fallowing delivery. Journal of Psychosomatic Research, 26, 629

Bandura. A. (1977) Social Learning Theory. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.

Barros, M.L. (1992) Intervenc~o desenvolvimentista para ma-es de bebés em risco. Tese de Doutouramento apresentada na F.P.C.E.-Universidade de Lisboa.

Bech, P. & Hey, H. (1979) Depression and asthenia related to metabolical disturbances in obese patients after intestinal by-pass surgery. Acta Psychiatrica Scandinavica, 59, 462-470.

Bech, P., Gram, L.F., Dein, E., Jacobsen, O., Vitger, J. & Bolwig, T.G. (1975) Correlation between clinical assessment, Beck's self-rating scale and Hamilton's objective rating scale. Acta Psychiatrica Scandinavica, 51, 161-170.

Bech, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.

Beck, A.T. & Freeman, A. (1976) Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press.

Beck, A.T. (1976) Cognitive Therapy and the emmotional disorders. New York: International Universities Presse.

Beck, A.T. (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.

→ Beck, A.T. (1987) Cognitive models of depression. Journal of Cognitive Psychotherapy, 1 (1), 5-37.
Beck, A.T., Rush, J.A., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979) Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.

Beck, A.T. (1981) Cognitive theory of Depression. Paper presented at APPA.

Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R. (1985) Anxiety Disorders and Phobias. New York: Basic Books.

Beck, A.T. (1972) Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979) Cognitive therapy of depression. New York: Guilford.

Beck, A.T. (1961) A systematic investigation of depression. Comprehensive Psychiatric, 2, 163-170.

Beck, A.T. (1973) The Diagnosis and Management of Depression. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Bell, R.Q. (1977) Human infant-effects in the first year. In R. Q. Bell & L. V. Harper (eds.), Child effects on adults (pp.122-148) Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Kagan, J. (1978). The child in the family . In A.S. Rossi, J. Kagan, & T.K. Harevan (Eds.) The Family (pp.33-56). New York: W.W Norton.

Belsky, J., Ward, M.J. & Rovine M. (1986) Prenatal expectations, postnatal experiences, and the transition to parenthood; in R. Ashmore & D. Brodzinsky: Thinking about family. Helsdale, New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.

Belsky, J., Spanier, G.B. & Rovine, M. (1983) Stability and change in marriage across the transition to parenthood. Journal of Marriage and Family, 45, 567-577.

Bernard, J. (1975) Women, Wives, Mothers. Chicago: Aldine.

Bernard, J. (1974) The future of motherhood. New York: Penguin.

Bibring E. (1953) The mechanism of depression; in P. Greenacre (Eds): Affective Disorders. New York: International Universities Press.

Bigman, A. & Crocker, D. (1982) Effects of pleasant-activities manipulation on depression. Journal of Consulting Clinical Psychology, 50, 436-438

Blackburn, I.M., Bishop, S., Glen, A.I.M., Walley, L.J. & Christie, J.E. (1981) The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. British Journal of Psychiatry, 139, 181-189.

Blackburn, I.M., Bishop, S., Glen, A.I.M., Whalley, L.J. & Christie, W. (1981) The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each

alone and in combination. British Journal of Psychiatry, 139, 181-189.

Blair, R.A., Gilmore, J.S., Playfair, H.R. & al. (1970) Puerperal depression: a study of predictive factors. Journal of the Royal College of Practitioners, 19, 22-25.

Blake, J. (1972) Coercive pronatalism and american population policy. Berkeley: International Population and Urban Research.

Blaney, P.H. (1977) Comtemporany theories of depression: Critique and comparison. Journal of Abnormal Psychology, 86, 203-223.

Blumberg, N.J. (1980) Effects of neonatal risk, maternal attitude, and cognitive style on early post-partum adjustment. Journal of Abnormal Psychology, 89, 139-150.

Bowlby, J. (1980 a) Attachment and loss (vol.3: Loss, sadness and depression). London: Hogarth Press.

Bowlby, J. (1977) The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and Psychopathology in the light of Attachement Theory. British Journal of Psychiatry, 130, 201-210.

Braverman, J. & Roux, J.F. (1978) Screening for the patient at risk for post-partum depression. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 52, No.6, 731-726.

Bridge, L.R., Little, B.C., Hayworth, J., Dewhurst, Sir J. & Priest, R. (1985) Psychmetric ante-natal predictors of post-natal depressed mood. Journal of Psychosomatic Research, 29, 325-331.

Brockington, I., Cernik, K.F., Schofield, E.M. et al. (1981) Puerperal Psychosis: Phenomena and Diagnosis. Archives of General Psychiatry, 38, 829-833.

Brockington, I.F., Cernik, K.F., Schofield, E.M., Downing, A.R., Francis, A.F. & Keelan, C. (1981) Puerpural psychosis. Archives of General Psychiatry, 38, July.

Brown, G.W., Ni Bhrolcháin, M. & Harris, T. (1975) Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. Sociology, 9, 225-254.

Brown, G.W. & Harris, T. (1978) Socials Origins of Depression. New York: The Free Press.

Brown, G.W. Bhrolchain, M.L., & Harris, T. (1975). Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. Sociology, 9, 225-254.

Brown, W.A. & Shereshefsky, P. (1972) Seven Women: A prospective study of post-partum psychiatric disorders. Psychiatry, 35, 139-157.

Brown, W.A. (1979) Psychological Care During Pregnancy and the Post-partum Period. New York: Raven Press.

Bryson, S.E. & Pilon, D.J. (1984) Sex differencies in depression and the method of administring the Beck Depression Inventory. Journal of Clinical Psychology, 40 (2), 529-534.

Buberry, W., Oliver, J.M. & McClure, J.N. (1978) Validation of the Beck Depression Inventory in an university population using psychiatric estimate as the criterion. Journal of Consulting Clinical Psychology, 46, 150-155.

Campbell, A. (1975) The American way of mating: Marriage si, Childreen only maybe. Psychology Today, 4, 37-43.

Carbary, R.N. (1982) Post-partum depression. Journal of Nursing Care, 8, 11-13.

Carrol, B.J. (1982) The dexamethasone supression test for melancholia. British Journal of Psychiatry, 140, 292-304.

Charles, A.G., Norr, K.L., Block, C.R., Meyering, S. & Meyers, E. (1978) Obstetric and psychological effects of psychoprolific preparation for childbirth. American Journal of Obstetric and Gynecology, 131, 44-52.

Chertok, L. (1969) Motherhood and Personality. London: Tavistock Publications.

Chodorow, N. (1978) The reproduction of mothering. Berckley CA: University of California Press.

Cicchetti, D. (1984) The emergence of developmental psychopathology. Child Development, 55, 1-7.

Clarke, M. & Williams, A.S. (1979) Depression in Women after perinatal death. Lancet, I, No.8122, 916-917.

Cline, D.W. (1972) Video-tape documentation of behavioral change in children. American Journal of Orthopsychiatry, 42, 40-47.

Cobb, S. (1974) A model for life events and their consequences; in B.S. Dohrenwend & B.P.Dohrenwend (eds.): Stressful Life Events. New York: John Wiley & Sons.

Cogan, R. & Klopfer, F. (1975) The delivery of childbirth reports: An Analysis of sample bias in questionnaire returns. Journal of Psychosomatic Research, 19, 39-42.

Cohen, M.B. (1966) Personal identity and sexual identity. Psychiatry, 29, 1-14.

Cohen, R.L. (1966) Pregnancy stress and maternal perceptions of infant endowment. Journal of Mental Subnormality, 12 (22), 18-23.

Cohn & Tronick (1983) Three month old infants reaction to simulated maternal depression. Child Development, 54, 185-193.

Collins, A., Eneroth, P. & Landgren, B-M. (1985) Psychoendocrine stress responses and mood as related to the menstrual cycle. Psychosomatic Medecine, 47, 512-527.

Comport, M. (1990) Surviving Motherhood. New York: Ashgrove Press Limited.

Coppen, A., Eccleston, E.G. & Peet, M. (1973) Total and free tryptophan concentration in the plasma of depressive patients. Lancet, 2, 60-63.

✓ Cornelison, F.S. & Tausig, T.N. (1964) A study of self-image experience using video-tapes at Delaware State Hospital. Delaware State Medical Journal, 36, 229.

Costello, C.G., Belton, G.P., Abra, J.C. & Dunn, B.E. (1970) The Amnesic and therapeutic effects of bilateral and unilateral ECT. British Journal of Psychiatry, 116, 69-78.

Costello, C. G. (1978) A critical review of Seligman's laboratory experiments on learned helplessness and depression in humans. Journal of Abnormal Psychology, 87, 21-31.

Cowan, C.P., Cowan, P., Coie, L. & Coie, J. (1978) Becoming a family: The impact of a first child's birth on the couple's relationship; in W.B. Miller & L.F. Newman (Eds): The first child and family formation. Chapel Hill NC: Carolina Population Center.

Cox, J.L., Connor, Y.M., Henderson, I., McGuire, R.J. & Kendell, R.E. (1983) Prospective study of psychiatric disorders of childbirth by self report questionnaire. Journal of Affective Disorders, 5, 1-7.

Cox, J.L., Connor, Y.M. & Kendell, R.S. (1982) Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. British Journal of Psychiatry, 140, 111-117.

Cutrona, C.E. (1983) Causal attributions and perinatal depression. Journal of Abnormal Psychology, 92, 2, 161-172.

Cutrona, C.E. & Troutman, B.R. (1986) Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of post-partum depression. Child Development, 57, 1507-1518.

Cutrona, C.E. (1984) Social support and stress in the transition to parenthood. Journal of Abnormal Psychology, 93 (4), 378-390.

Cutrona, C.E. (1981) Depressive Attributional Style and Nonpsychotic Post-partum Depression. Dissertação doutoral não-publicada. Los Angeles: University of California.

Cutrona, C.E. (1982) Nonpsychotic post-partum depression: a review of recent research. Clinical Psychology Review, 2, 487-503.

D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971) Problem Solving and behavioral modification. Journal of Abnormal Psychology, 78, 107-126.

Dalton, K. (1971) Prospective study into puerperal depression. British Journal of Psychiatry, 118, 689-692.

Dalton, K. (1980) Depression after Childbirth. London: Oxford University Press.

- Davenport, Y.B., & Adland, M.L. (1982). Postpartum psychoses in female and male bipolar manic-depressive patients. American Journal of Orthopsychiatry, 52, 288-297.
- Davids, A., Devault, S., & Talmadge, M. (1961). Psychological study of emotional factors in pregnancy: A preliminary report. Psychosomatic Medicine, 23, 93-103.
- Davidson, J.R.T. (1972) Post-partum mood changes in Jamaican women: a description and discussion on its significance. British Journal of Psychiatry, 121, 659-663.
- Dean, C., & Kendell, R.E. (1981). The symptomatology of puerperal illnesses. British Journal of Psychiatry, 139, 128-133.
- DeMonbrean, B.G. & Graighead, E. (1977) Distortion of perception and recalled positive and neutral feedback in depression. Cognitive Therapy and Research, 1, 311-329.
- Derogatis L. & Spencer P. (1982) Administration & Procedures: BSI Manual-I, Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, D.R. (1975) Brief Symptom Inventory. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, D.R. (1977) The SCL-90 manual I: Scoring, Administration and Procedures for the SCL-90. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, D.R. (1982) Self-report measures of stress; in L. Goldberger & S. Berznitz (Eds): Handbook of Stress. New York: Free Press.
- Deyer, E.D. (1963) Parenthood as a crises: A re-study. Marriage and Family Living, 25, 196-201.
- Dimitrovsky, L., Perez-Hirshberg, M. & Itskowitz, R. (1987) Depression during and following pregnancy: Quality of family relationship. The Journal of Psychology, 121 (3), 213-218.
- Douvan, E. (1970) New sources of conflict in females at adolescence and early adulthood; in J. Bardwick, E. Douvan, M. Horner & D. Guttman (Eds): Feminism, personality and conflict. Belmont: Brooks-Cole.
- Ellis, A. (1962) Reason and emotion in psychiatry. New Jersey: Lyle Stuart-Citadel.
- Ellis, A. (1977 a) The basic clinical theory of rational emotive therapy; in A. Ellis & G. Grieger (Eds): Handbook of rational-emotive therapy. New York: Springer.
- Ellis, A. (1963) Reason and emotion in psychotherapy. New York: Stuart.
- Endo, M., Daiguji, M., Asano, Y., Yamashita, I. & Takahashi, S. (1978). Periodic psychosis recurring in association with menstrual cycle. Journal of Clinical Psychiatry, 39, 456-466.
- Entwisle, D.R. & Doering, S.G. (1981) The first birth: a family turning point. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press.

- Fava, G.A., Perini, G.I., Santonastaso, P. & Fornasa, C.V. (1980) Life events and psychiatric distress in dermatological disease, psoriasis, chronic urticaria, and fungal infections. British Journal of Medical Psychiatry, 53, 277-282.
- Feldman, H. (1971) The effects of children on the family; in A. Michel (Ed): Family issues of employed women in Europe and America. Leiden: E.J. Brill.
- Felski, A., Harris, B., Walker, R.F., Riad-Fahmy, D. & Newcombe, R.G. (1984) "Maternity Blues" and hormone levels in saliva. Journal of Affective Disorders, 6, 351-355.
- Ferster, C.B. The difference between behavioral and conventional psychology. The Journal of Nervous and Mental Disease, 159, 153-157.
- Festinger, L. (1957) A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford: Stanford University Press.
- Field, T. (1984) Early interactions between infants and their post-partum depressed mothers. Infant Behavioral Development, 7, 527-532.
- Fischer, N. (1967) Obesity affect, and therapeutic starvation. Archives of General Psychiatry, 17, 227-233.
- Fisher, T.J., Reardon, R.C. & Burck, H.D. (1976) Increasing information seeking behavior with a model-reinforced video-tape. Journal of Counseling Psychology, 23, 234-238.
- Fradique, F. (1984) Auto-avaliação, reatividade e confronto terapêutico. Provas de aptidão científica e capacidade pedagógica. F.P.C.E.-Universidade de Lisboa.
- Freud, S. (1917) Mourning and Melancholia; in J. Strachey (Ed): Completed Psychological Works, Vol.14 (standard ed.). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1957) Mourning and melancholia; in J. Strachey (Ed): The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 14, 243-288. London: Hogarth.
- Frommer, E.A. & O'Shea, G. (1973) Antenatal identification of women liable to have problems in managing their infants. British Journal of Psychiatry, 123, 149-156.
- Frost, R.O., Graf, M. & Becker, J. (1979) Self-devaluation and depressed mood. Journal of Consulting Clinical Psychology, 47, 958-962.
- Garvey, M.J., Tuason, V.B., Lumry, A.E. & Hoffmann, N.G. (1983) Occurrence of depression in the post-partum state. Journal of Affective Disorders, 5, 97-101.
- Gelder, M.G. (1978) Hormones in post-partum depression; in M. Sandler (Ed): Mental Illness in Pregnancy and Puerperium. London: Oxford University Press.
- George, A.E. & Wilson, K.C.M. (1981) Monoamin oxidase activity and the puerperal blues syndrome. Journal of Psychosomatic Research, 25, 409-413.

Gilligan, C. (1977) In a different voice: Women's conceptions of the self and of morality. Harvard Educational Review, 47, 481-517.

Goode, W.J. (1960) A theory of role strain. American Sociological Review, 25, 488-496.

Gordon, R.E. & Gordon K.K. (1960) Social Factors in the prevention of Post-partum emotional difficulties. Obstetric and Gynecology, 15, 433.

Gordon, R.E., Kapostins, E.E. & Gordon K.K. (1965) Factors in post-partum emotional adjustment. Obstetrics and Gynecology, 25, 158-166.

Gordon, R.E. & Gordon, K.K. (1959) Prediction and treatment of emotional disorders of pregnancy and childbearing. American Journal Obstetrics and Gynecology, 77, 1071.

Gordon, R.E. & Gordon, K.K. (1959) Social factors in the prediction and treatment of emotional disorders of pregnancy and childbearing. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 77, 1074-1083.

Gorsuch, R.L. & Key, M.K. (1974) Abnormalities of pregnancy as a function of anxiety and life stress. Psychosomatic Medicine, 36, 352-362.

Gotlib, I.H. & Asarnow, R.F. (1979) Interpersonal and impersonal problem-solving skills in mildly and clinically depressed university students. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 86-95.

Gottschalk, L.a., Gleser, G.C. & Springer, K.J. (1963) Three hostility scales applicable to verbal samples. Archives of General Psychiatry, 9, 254-279.

Gove, W.R., & Geerken, M. R. (1977) The effect of children and employment on the mental health of married men and women. Social Forces, 56, 66-76.

Gove, W.R. & Tudor, J.F (1973) Adult sex roles and mental illness. American Journal of Sociology, 78, 51-73

Gove, W.R., Hughes, M. & Briggs Style, C. (1983) Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? Journal of Health and Social Behavioral, 24, 122-131.

Grundy, P.F. & Roberts, C.J. (1975) Observation on the epidemiology of post-partum mental illness. Psychological Medicine, 5, No.3, 286-290.

Grunebaum, H.U. & Weiss, J.L. (1963) Psychotic mothers and their children: Joint admission to an adult psychiatric hospital. American Journal of Psychiatry, 119, 927-933.

Guidano, V. (1987) Complexity of the self: a developmental approach to psychopathology and therapy. New York: Guilford.

Guidano, V.F. & Liotti, V.A. (1985) A constructivistic foundation to cognitive therapy; in M.J.

- Mahoney & A. Freeman (Eds): Cognition and psychotherapy. New York: Plenum.
- Guidano, V.F. (1984) A constructivistic outline of cognitive processes; in M.A Reda & M.J. Mahoney (Eds): Cognitive Psychotherapies. Cambridge MA: Ballinger.
- Guidano, V.F., & Liotti, G. (1983) Cognitive processes and emotional disorders. New York: Guilford.
- Gurin, G., Veroff, J. & Feld, S. (1960) Americans View: Their mental Health. New York: Basic Books.
- Hamilton, J.A. (1962) Post-partum Psychiatric Problems. St. Louis: Mosby.
- Hammen, C.L. (1978) Depression, distortion and life stress in college students. Cognitive Therapy Research, 2, 189-192.
- Handley, S.L., Dunn, T.L., Waldron, G. & Baker, J.M. (1980) Tryptophan, Cortisol and puerperal mood. British Journal of Psychiatry, 136, 498-508.
- Handley, S.L., Dunn, T.L., Baker, J.M., Cockshott, C. & Gould, S. (1977) Mood changes in puerperium and plasma tryptophan and cortisol concentrations. British Medical Journal, 2, 18-22.
- Harris, B. (1981) "Maternity blues" in East African clinic attenders. Archives of General Psychiatry, 36, Nov., 1293-1295.
- Harris, T. & Brown, G.W. (1985) Interpreting data in aetiological studies of affective disorders: Some pitfalls and ambiguities. British Journal of Psychiatry, 147, 5-15.
- Harris, B. (1980) Prospective trial of L-Tryptophan in maternity blues. British Journal of Psychiatry, 137, 233-235.
- Harrison, M.J. & Hicks, S.A. (1983) Post-partum concerns of mothers and their sources of help. Canadian Journal of Public Health, 74 (5), 325-328.
- Harrison, M.J. & Hicks, S.A. (1983) Post-partum concerns of mothers and their sources of help. Canadian Journal of Public Health, 74 (5), 325-328.
- Hayworth, J., Little, B.C. & Carter, S.B. et coll. (1980) A predictive study of post-partum depression: some predisposing characteristics. British Journal of Psychiatry, 53, No.2, 161-167.
- Hemphill, R.E. (1952) Incidence and nature of puerperal psychiatric illness. British Journal of Psychiatry, 2, Dec., 1232-1235.
- Henderson, S., Byrne, D.G. & Duncan-Jones, P. (1981) Neurosis and the social environment. Sydney: Academic Press.
- Henderson, S. (1977) The social network, support and memories: the function of attachment in adult life. British Journal of Psychiatry, 131, 185-191.

- Hersen, M. & Bellack, A.S. (1976) A multiple-baseline analysis of social skills training in chronic schizophrenics. Journal of Applied Behavioral Analysis, 9, 239-245.
- Herzberg, B.N., Johnson, A.L. & Brown, S. (1970) Depressive symptoms and oral contraceptives. British Medical Journal, 5728, 142-145.
- Herzog, A. & Detre, T. (1976) Psychotic reactions associated with childbirth. Diseases of Nervous System, 37, 229-235.
- Hobbs, D., Jr. & Cole, S.P. (1976) Transition to parenthood: A decade replication. Journal of Marriage and the Family, 38, 723-731.
- Hobbs, D., Jr. (1968) Transition to parenthood: A replication and an extension. Journal of Marriage and the Family, 30, 413-417.
- Hobbs, D., Jr. (1965) Parenthood as crisis: A third study. Journal of Marriage and the Family, 27, 367-372.
- Hoffman, L.W. & Nye, F.I. (1974) Working mothers: An evaluation and review of consequences for wife, husband and child. San-Francisco: Jossey-Bass.
- Hoffman, L.W., Thornton, A. & Manis, J.D. (1978) The value of children to parents in the United States. Journal of Population, 1, 91-131.
- Hollon, S.D. & Beck, A.T. (1986) Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapies; in S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds): Handbook of Psychotherapy and Behavior Changes (312 ed., pp. 443-482). New York: Wiley.
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967) The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218.
- Hollon, S.D. & Beck, A.T. (1979) Cognitive therapy of depression; in P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds): Cognitive Behavior Interventions: Theory, Research and Procedures (pp. 153-203). New York: Academic Press.
- Hopkins, J., Marcus, M. & Campbell, S.B. (1984) Post-partum Depression: a critical review. Psychological Bulletin, 95, 498-515.
- Hopkins, J., Campbell, S.B. & Marcus, M. (1987) Role of infant-related stressors in post-partum depression. Journal of Abnormal Psychology, 96 (3), 237-241.
- Horner, M.S. (1970) Femininity and successful Achievement: A Basic Inconsistency; in J. Bardwick, E. Douvan, M. Horner, & D. Guttman (Eds): Feminine Personality and Conflict. Belmont: Brooks-Cole.
- Inwood, D.G. (1985) Post-partum psychiatric disorders. Washington DC: American Psychiatric

Press.

Ivey, A.E. & Gonçalves, O.F. (1988) Developmental Therapy: Integrating developmental processes into clinical practice. Journal of Counseling and Development, 66, 406-413.

Ivey, A. (1986) Developmental Therapy. San Francisco: Jossey-Bass.

Jacobson, E. (1971) Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions. New York: International Universities Press.

Jacobson, L., Kais, L. & Nilsson, A. (1965) Post-partum mental disorders in an unselected sample: Frequency of symptoms and predisposing factors. British Medical Journal, 1, 1640-1643.

Jain, V.K. (1971) Affective disturbance in hypothyroidism. British Journal of Psychiatry, 119, 279-280.

Jarradi-Zadeh, A., Kane, F.S., Van de Castle, R.L. (1969) Emotional and cognitive changes in pregnancy and early puerperium. British Medical Journal, 115, 797-805.

Jones, A.C. (1978) Life changes and psychological distress as predictors of pregnancy outcome. Psychosomatic Medical Journal, 40, No.5, 402-412.

Joyce-Moniz, L. (1988 b) Self-talk, dramatic expression and constructivism; in C. Perris, Y. Blackburn and H. Perris (Eds): Cognitive Psychotherapy: Theory and practice. Heidelberg: Springer-Verlag.

Joyce-Moniz, L. (1985) Epistemological therapy and constructivism; in M. Mahoney and A. Freeman (Eds): Cognition and psychotherapy. New York: Plenum.

Joyce-Moniz, L. & Reis, J. (no prelo) Desenvolvimento e dialéctica de significação de doença e confronto em psicologia da saúde.

Joyce-Moniz, L. (1989) Structures dialectic and regulation in applied constructivism: From developmental psychopathology to individual drama therapy; in O. Gonçalves (Ed): Advances in the cognitive therapies: The constructive-developmental approach. Porto: APPORT.

Joyce-Moniz, L. (1992) Patologia do desenvolvimento do adulto e do adolescente. Lisboa: McGraw-Hill.

Joyce-Moniz, L. & Fradique, F. (1989) Questionário de pensamentos temáticos. Manuscrito não-publicado.

Kagan, J., Kearsley, R.B. & Zelazo, P.R. (1978) Infancy: Its Place in Human Development. Cambridge MA: Harvard University Press.

Kaij, L., Jacobson, L. & Nilsson, A. (1967) post-partum mental disorder in an unselected sample: The influence of parity. Journal of Psychosomatic Research, 10 (4), 317-325.

Kaij, L. & Nilsson, A. (1972) Emotional and psychotic illness following childbirth; in J. Howells (Ed): Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics. New York: Brunner/Mazel.

Kaij, L., Jacobson, L. & Nilsson, A. (1966) Post-partum mental disorders in an unselected sample: The influence of parity. Journal of Psychosomatic Research, 10, 317-325.

Kanfer, F.H. (1971) The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement; in A.Jacobs & L.B. Sachs (Eds): The psychology of private events: Perspectives on covert response systems. New York: Academic Press.

Karnosh, L.E. & Hope, J.M. (1937) Puerperal psychosis and their sequelae. American Journal of Psychiatry, 94, 537-550.

Kegan, R. (1982) The envolving self. Cambridge MA: Harvard University Press.

Kegan, R., Noam, G.G. & Rodgers, L. (1982) The Psychology of Emotion: A Neo-Piagetian view; in D. Cicchetti & P.Hesse (Eds): New directions for child development: Emotional development. San-Francisco: Jossey-Bass.

Kelly, J.V. (1967) The influence of native costumes on Obstetrics in Nigeria. Obstetrics and Gynecology, 30, 608-612.

Kendall, P.C. & Bemis, K.M. (1983) Thought and action in psychotherapy: The cognitive-behavioral approaches; in M. Hersen, A.E. Kazdin & A.S. Bellack (Eds): The clinical psychology handbook. New York: Pergamon Press.

Kendell, R.E. (1985) Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders. Journal of Psychosomatic Research, 29, 3-11.

Kendell, R.E., McGuire, R.E., Connor, Y. & Cox, E.L. (1981) Mood changes in the first three weeks after childbirth. Journal of Affective Disorders, 3, No.4, 317-326.

Kendell, R.E., Rennie, D., Clarke, J.A. & Dean, C. (1981) The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. Psychological Medical Journal, 11, No.2, 341-350.

Kendell, R.E., Wainwright, S., Hailey, A. & Shannon, B. (1976) The influence of childbirth on psychiatric morbidity. Psychological Medecine Journal, 6, 297-302.

Khatami, M. & Rush, A.J. (1978) A pilot study of the treatment of out patients with chronic pain: Symptom control, Stimulus control and social sistem intervention. Pain, 5, 164-172.

Kitchener, K.S. (1983) Cognition, metacognitios and epistemic cognition: A three-level model of cognitive processing. Human Development, 26, 222-232.

Kithchener, L. & King, P. (1981) Reflective Judgement: Concepts of Justification and Their Relationship to Age and Education. Journal of Applied Developmental Psychology, 2, 89-116.

- Klatskin, E.H. & Eron, L.D. (1970) Projective test content during pregnancy and post-partum adjustments. Psychosomatic Medicine Journal, 32, 487-493.
- Kleinberg, W.M. (1977) Counseling mothers in the hospital post-partum period: a comparison of techniques. American Journal of Public Health, 67 (7), 672-674.
- Klusman, L. (1975) Reduction of pain in childbirth by the alleviation of anxiety during pregnancy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 162-165.
- Knight, R.G. & Thirkettle, J.A. (1987) The relationship between expectations of pregnancy and birth, and transient depression in the immediate post-partum period. Journal of Psychosomatic Research, 31, No.3, 351-357.
- Kohlberg, L. (1981,83) Essays in moral development (vol.I and II). New York: Harper & Row.
- Kohlberg, L. (1969) Stage and Sequence: The Cognitive and Developmental Approach to Socialization; in D. Goslin (Ed.): Handbook of socialization theory and research. Chicago: Rand McNally.
- Kohlberg, L. (1981,1983) Essays in moral development, vols. 1 and 2. New York: Harper & Row.
- Kohlberg, L. & Armon, C. (1983) Three types of stage models for the study of adult development; in M. Commons, R. Richards & C. Armon (Eds): Beyond formal operations: Late adolescent and adult cognitive development. New York: Praeger.
- Komarovsky, M. (1976) Blue Collar Marriage. New York: Random House.
- Komarovsky, M. (1946) Cultural contradictions and sex roles. American Journal of Sociology, 52, 182-189.
- Kovacs, M. Rush, A.J., Beck, A.T. & Hollon, S.D. (1981) Depressed outpatients treated with cognitive therapy or Pharmacotherapy: A one-year follow-up. Archives of General Therapy, 38, 33-39.
- Kumar, R. & Robson, K. (1978) Neurotic disturbance during pregnancy and the puerperium: Preliminary report of a prospective study of 119 primiparae; in M. Sandler (Ed): Mental illness in pregnancy and the puerperium. London: Oxford University Press.
- Kumar, R., Brant, H.A. & Robson, M. (1981) Childbearing and maternal sexuality: a prospective summary of 119 primiparae. Journal of Psychosomatic Research, 25, 373-383.
- Kumar, R. & Robson, K.M. (1984) A prospective study of emotional disorders in childbirth women. British Journal of Psychiatry, 144, 35-47.
- Lamb, M.E. (1978). Influence of the child on marital quality and family interaction during the prenatal, perinatal, and infancy periods. In R.M. Lerner & G.B. Spanier (Eds.), Child influences on marital and family interaction: A life-span perspective (pp. 137-163). New York: Academic Press.

Langevin, R. & Stancer, H. (1979) Evidence that depression rating scales primarily measure a social undesirability response set. Acta Psychiatrica Scandinavica, 59, 70-79.

Lazarus, A. (1968) Learning theory and the treatment of depression. Behavior Research Therapy, 6, 83-89.

Le Masters, E.E. (1957) Parenthood as crisis. Marriage and Family Living, 19, 352-355.

Lehman, H.E. (1971) Epidemiology of depressive disorders; in R.R. Fieve (Ed): Depression in the 70's: Modern theory and research. New Jersey: Excerpta Medica.

Leifer, M. (1980) Psychological effects of motherhood: A study of first pregnancy. New York: Praeger.

Leifer, M. (1977) Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. Genetic Psychology Monographs, 95, 55-96.

LeMasters, E.E. (1974). Parents in modern America. Homewood, III.: Dorsey Press.

Lewinsohn, P.M., Muñoz, R.F., Youngren, M.A. & Zeiss, A.M. (1986) Control your depression. New York: Prentice Hall Press.

Lewinsohn, P.M. (1974) A behavioral approach to depression. In Friedman, R.J. and Katz, M.M. (eds.) The Psychology of Depression: Theory and Research. New York: Winston-Wiley.

Lewinsohn, P.M., Steinmetz, J.L., Antonuccio, D. & Teri, D. (1985) Group Therapy for depression: The coping with depression course. International Journal of Mental Health, 13, 8-33.

Lewinsohn, P.M., Mermelstein, R.M., Alexander, C. & McPhillamy (1984) The unpleasant events schedule: A scale to the measurement of aversive events. Journal of Applied Psychological Measurement, in Press.

Lewinsohn, P.M., Mischel, W., Chaplin, W. & Barton, R. (1980) Social competence and depression: The role of illusory self-preception?. Journal of Abnormal psychology, 89, 203-212.

Lewinsohn, P.M., Sullivan, J.M. & Grosscup, S.J. (1982) Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 17, 322-334.

Lewinson, P.M. & Hoberman, H. (1982) Behavioral and cognitive approaches to treatment; in E.S. Paykel (Ed): Handbook of affective disorders. Edinburgh: Churchill-Livingston.

Lindstrom, L.H., Nyberg, F., Terenius, L., Bauer, K., Beseu, G., Gunne, L.M., Lykenas, S., Willdeck-Lund, G. & Lindberg, B. (1984) CSF and plasma Beta-casomorphin - like opioid peptides in post-partum psychosis. American Journal of Psychiatry, 141, 1059-1066.

Little, B.C., Hayworth, J., Carter, S.M.B., Dewhurst, Sir J., Raptopoulos, P., Sandler, M. & Priest, R.G. (1981) Personal and Psychophysiological characteristics associated with puerperal mental state.

Journal of Psychosomatic Research, 25, 385-393.

Livingood, A.B., Dean, P. & Smith, B.D. (1983) The depressed mother as a source of stimulation for her infant. Journal of Clinical Psychology, 39, 369-375.

Loevinger, J.A. (1966) Models and measures of developmental variation. Annals of the New York Academy of Sciences, 134, 585-590.

Lopata, H. (1971) Occupation: Housewife. New York: Oxford University Press.

Lubin, B., Gardener, S.H. & Roth, A. (1975) Mood and somatic symptoms during pregnancy. Psychosomatic Medicine Journal, 37, No.2, 136-146.

Madden, J.J., Luhan, J.A., Tuteur, W. & Bimmerle, J.F. (1958) Characteristics of post-partum mental illness. American Journal of Psychiatry, 115, 18-24.

Mahoney, M. (1991) Human changes process. New York: Guilford.

Manly, P.C., McMahon, R.J., Bradley, C.F. & Davidson, P.O. (1982) Depressive attributional style and depression following childbirth. Journal of Abnormal Psychology, 91, 245-254.

Martin, M.E. (1958) Puerperal Mental Illness: A follow-up study of 75 cases. British Medical Journal, 2, 773-777.

Martin, M.E. (1977) A maternity study of psychiatric illness associated with childbirth. Irish Journal of Medical Science, 146, 239-244.

May, A.E., Uhquhart, A. & Tarran J. (1969) Self-evaluation of depression in various diagnostic and therapeutic groups. Archives of General Psychiatry, 21, 191-194.

Mayberguer, H. & Abramson, H.A. (1980) The psychodynamics of transitorum post-partum depressive reaction. Journal of Asthma Research, 17, 59-64.

Meares, R., Grimwade, E.J. & Wood, C. (1976) A possible relationship between anxiety in pregnancy and puerperal depression. Journal of Psychosomatic Research, 20, 605-610.

Melges, F.T. (1968) Post-partum psychiatric syndromes. Psychosomatic Medicine, 30, 95-108.

Meltzer, E.S. & Kumar, R. (1985) Puerperal mental illness, clinical features and classification: a study of 142 mother-and-baby admissions. British Journal of Psychiatry, 147, 647-654.

Mendels, J., Secunda, S.K. & Dyson, W.L. (1972) A controlled study of antidepressant effects of lithium carbonate. Archives of General Psychiatry, 26, 154-157.

Mendels, J. & Frazer, A. (1974) Brain biogenic amine depletion and mood. Archives of General Psychiatry, 30, 447-451.

- Mercuzzi, T., Glass, C. & Genest, M. (1981) Cognitive Assesement. New York: Guilford.
- Metz, A., Cowen, P.J., Gelder, M.G., Stump, K., Elliott, J.M. & Grahame-Smith, D.G. (1983) Changes in plotlet alfa-2-adrenoceptor binding post-partum: possible relation to maternity blues. Lancet, 1, 495-498.
- Meyerowitz, J.H. & Feldman, H. (1966) Transition to parenthood. Psychiatric Research Reports, 20, 78-84.
- Meyerowitz, J.H. & Feldman, H. (1966) Transition to parenthood. Psychiatric Research Repport, 20, 78.
- Miller, W.R. & Selligman, M.E.P. (1975) Depression and learned helplessness in man. Journal of Abnormal Psychology, 84, 228-238.
- Miller, W.R. & Selligman, M.E.P. (1973) Depression and the perception of reinforcement. Journal of Abnormal Psychology, 82, 62-73. =
- Moffic, H.A. & Paykell, E.S. (1975) Depression on medical impatients. British Journal of Psychiatry, 126, 346-353.
- Mohamed, S.N., Weisz, G.M. & Waring, E.M. (1978) The relationship of chronical to depression marital adjustment and family dynamics. Pain, 5, 285-292.
- Morris, J.B. (1987) Group Psychotherapy for prolonged postnatal depression. British Journal of Medical Psychology, 60, 279-281.
- Moss, H.A. (1974) Communication in mother-infant interaction. In L. Krames, P. Pilner, & T. Alloway (Eds.), Nonverbal Communication: Comparative aspects (pp.171-191). New York: Plenum.
- Murphy, J. (1963) The power of your subconscious mind. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Nelson, R.E. & Craighead, W.E. (1981) Tests of a self-control model of depression. Behavior Therapy, 12, 123-129.
- Neugerbauer, R. (1983) Rate of depression in the puerperium (letter to the editor). British Journal of Psychiatry, 143, 421-422.
- Newson, J. (1963) Infant Care in an Urban Community. London: Allen & Unwin.
- Newton, N. (1955) Interrelationships between sexual responsiveness, birth and breast feeding; in J. Zubin & J. Money (Eds): Contemporary Sexual Behavior: Critical Issues in the 70's. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Nielson, A.C., & Williams, T.A. (1980) Depression in ambulatory medical patients. Archives of General Psychiatry, 37, 999-1004.

- Nilsson, A. & Almgren, P. (1970) Paranatal Emotional Adjustment. Acta Psychiatrica Scandinavica, Suplm., 220, 1-141.
- Nilsson, A., Kaij, L. & Jacobson, L. (1967 b) Post-partum mental disorder in an unselected sample: The importance of the unplanned pregnancy. Journal of Psychomatic Research, 10, 341-347.
- Nilsson, A. & Almgren, P.E. (1970) Paranatal emotional adjustment: a prospective investigation of 165 women. Acta Psychiatrica Scandinavica, [suppl. 220], 9-141.
- Nilsson, A., Kaij, L. & Jacobson, L. (1967 a) Post-partum mental disorder in an unselected sample: The importance of the unplanned pregnancy. Journal of Psychomatic Research, 10, 327-339.
- Nott, P.N., Franklin, C.A. & Gelder, M.G. (1976) Hormonal changes and mood in the puerperium. British Journal of Psychiatry, 128, 379-383.
- Nott, P.N. & Cutts, S. (1982) Validation of the 30-item General Health Questionnaire in Post-partum Women. Psychological Medecine, 12, 409-413.
- Nuckolls, K.B., Cassel, E. & Kaplan, B.H. (1972) Psychological assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. American Journal of Epidemiology, 95, 431-441.
- O'Hara, M.W. (1986) Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. Archives of General Psychiatry, 43, 569-573.
- O'Hara, M.W., Rehm, L.P. & Campbell, S.B. (1983) Post-partum Depression: A role for social network and life stress variables. The Journal of Nervous and Mental Disease, 171 (6), 336-341.
- O'Hara, M.W., Rehm, L.P. & Campbell, S.B. (1982) Predicting depressive symptomatology: cognitive-behavioral models and post-partum depression. Journal of Abnormal Psychology, 91, No.6, 457-461.
- O'Hara, M.W. (1980) A prospective study of post-partum depression: a test of cognitive and behavioral theories. Unpublished doctoral dissertation, University of Pittsburgh.
- O'Hara, M.W., Neunaber, D.J. & Zeroski, E. (1984) Prospective study of post-partum depression: Prevalence, course and predicative factors. Journal of Abnormal Psychology, 93, 2, 158-171.
- Oakley, A. (1979) A case of maternity: Paradigms of women as maternity cases. Signs: Journal of Women in Culture and Society, 4, 44-61.
- Oakley, A. (1974) Woman's Work. New York: Pantheon.
- Olioff, M. & Aboud, F.E. (1991) Predicting post-partum dysphoria in primiparous mothers: Roles of perceived parenting self-efficacy and self-esteem. Journal of Cognitive Psychotherapy, 5 (1), 3-14.
- Oliver, J.M. & Burkham, R. (1979) Depression in university students: Duration, relation to calendar time, prevalence and demographic correlates. Journal of Abnormal Psychology, 88, 667-670.

- Paffenbarger, R.S., Jr. & McCabe, L.J., Jr. (1966) The effect of obstetric and perinatal events on risk of mental illness in women of childbearing age. American Journal of Public Health, 56, 400-407.
- Paffenbarger, R.S., Jr., Steinmetz, C.H., Pooler, B.G. & Hyde, R.T. (1961) The picture puzzle of the post-partum psychosis. Journal of Chronic Diseases, 13, 161-173.
- Parlee, M.B. (1976) Social factors in the psychology of menstruation, birth and menopause. Primary Care, 3(3), 477-490.
- Paykel, E.S., Meyers, E.K., Dienelt, M.K., Klerman, G.L., Lindenthal, J.J. & Pepper, M.P. (1969) Life events and defusion: a controller study. Archives of General Psychiatry, 21, 753-760.
- Paykel, E.S., Emms, E.M., Fletcher, J. & Rassaby, E.S. (1980) Life events and social support in puerperal depressing. British Journal of Psychiatry, 136, 339-346.
- Peixoto, E. (1986) Problem solving strategies and dialectic self-monitoring in mastery learning and conventional instruction. Thesis in English. Portugal: Univrsity of Azores.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1975) La Psychologie de l' Enfant (2eme. Ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Piaget, J. (1972) Intelctual evolution from adolescence to adulthood. Human Development, 151-12
- Pillsbury, B.L. (1978) Doing the month, confining and convalescence of chinese women after childbirth. Social Sciencies Medicine, 12, 11-22.
- Pires.A. (1990) Determinantes do Comportamento Parental. Análise Psicológica, 445-452.
- Pitt, B. (1968) "Atypical" depression following childbirth. British Journal of Psychiatry, 114, 1325-1335.
- Pitt, B. (1973) "Maternity Blues". British Journal of Psychiatry, 122, 431-433.
- Plumb, G. (1983) A holistic approach to post-partum depression. Women and Therapy, Spr., 2 (1), 5-17.
- Protheroe, C. (1969) Puerperal psychosis: a long-term study (1927-1963). British Journal of Psychology, 115, 9-30.
- Pugh, T.F., Jerath, B.K., Schmidt, W.M. & Reed, R.B. (1963) rates of mental disease related to childbearing. New England Journal of Medicine, 268, 1224-1228.
- Quadagno, D.N., Dixon, L.A., Denney, N.W. & Buck, H.W. (1986) Pos-partum moods in men and women. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 154, 1018-1023.
- Rabkin, J.G. & Strvening, E.L. (1976) Life events, stress and illness. Science, 194, 1013-1020.

Rachman, S.J. & Wilson, G.T. (1980) The effects of Psychological Therapy. New york: Pergamon Press.

Radloff, L.(1975) Sex differences in depression: the effects of occupation and mental status. Sex Roles, 1, 249-265.

Rainwater, Lee, Coleman, R.P. & Haedel, G. (1959) Workingman's Wife. New york: Oceana.

Rapoport, R., Rapoport, R.N. & Sterlitz, Z. (1977) Fathers, Mothers and Society. New York: Basic Books.

Rathus, S.A. (1973) Instigations of assertive behavior through video-tape mediated assertive models and directed practice. Behavioral Research and Therapy, 11, 57-65.

Rehm, L. P. (1977) A self control model of depression. Behavior Therapy, 8, 787-804.

Rehm, L.P. (1982) Self-manegement in depression; in P. Karaly & F. Kanfer (Eds). Self-manegement and behavioral changes. New York: Pergamon.

Rehm, L. P. (1984-85) A self-manegement therapy program for depression. International Journal of Mental Health, 13 (3-4), 34-53.

Rehm, L.P. & Kornblith, S.J. (1979) Behavior therapy for depression: A review of recent developments; in M. Hersen, R.M Eisler & P.M. Miller (Eds): Progress in behavior modification, Vol.7. New York: Academic Press.

Reich, T. & Winokur, G. (1970) Post-partum psychosis in patients with manic-depressive disease. Journal of Nervous and Mental Disease, 151, 60-68.

Reis. J. (ComunicaCao Pessoal).

Rhodes, L.M. (1981) Social climate preception and depression of patients and staff in a chronic hemodialysis unit. Journal of Nervous and Mental Diseases, 169, 169-175.

Rich, A.R. & Schroeder, H.E. (1976) Research issues in assertiveness training. Psychological Bulletin, 83, 1081-1096.

Richman, N. (1976) Depression in mothers of preschool children. Journal of child Psychology & Psychiatry, 17, 75-78.

Robin, A.A. (1962) The psychological changes of normal parturition. Psychiatric Quarterly, 36, 129-150.

Robinson, G.E., Garner, D.M., Gare, D.J. & Crawford, B. (1987) Psychological adaptation to pregnancy in childless women more than 35 years of age. American Journal of Obstetric and Gynecology, 156, 328-333.

- Robson, K.M. & Kumar, R. (1980) Delayed onset of maternal affection after childbirth. British Journal of Psychiatry, 136, 347-353.
- Robson, K. & Moss, H. (1970) Patterns and determinants of Maternal Attachment. Journal of Pediatrics, 77, 976-985.
- Rollins, B.C., & Galligan, R. (1978). The developing child marital satisfaction of parents; in R.M. Lerner & G. B. Spanier (Eds.): Child influences on marital and family interaction: A Life-span perspective (pp. 71-105). New York: Academic Press.
- Rossi, A. (1968) Transition to Parenthood. Journal of Marriage and the Family, 30, 26-39.
- Rossi, A. (1973) Maternalism, sexuality and the new feminism; in J.Zubin, & J. Money (Eds): Contemporary Sexual Behavior: Critical Issues in the 70's. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rossi.A. (1977) A Biosocial Perspective on Parenting. Daedalus, 106, 1-31.
- Rotter, J.B. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80 (whole no. 609).
- Roy, A. (1978) Unvulnerability factors and depression in women. British Journal of Psychiatry, 133, 106-110.
- Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, A.T. & Hollon, S. (1977) Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. Cognitive Therapy and Research, 1, 17-37.
- Russel, R.S. (1974) Transition to parenthood: problems and gratifications. Journal of Marriage and the Family, 36, 294-301.
- Russel, C.S. (1974) Transition to Parenthood: Problems and Gratifications. Journal of Marriage and the Family, 36, 294-301.
- Saks, B. et al. (1985) Depressed mood during pregnancy and the puerperium: Clinical recognition and implications for clinical practice. American Journal of Psychiatry, 142 (6), 728-731.
- Sameroff, A.J., (1982) Development and the Dialectic: The need of a systems approach. In W.A Collins (Ed.), The concept of development. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Schaffer, R. (1977) Mothering. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Sclare, A.B. (1955) Psychiatric aspects of pregnancy and childbirth. Practitioner, 175, 146-154.
- Seligman, M.E.P. (1974) Depression and learned helplessness; in R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds) The psychology of depression: contemporary theory and research. Washington DC: Winston.
- Seligman, M.E.P (1975) Helplessness: On depression, development, and death. San-Francisco:

Freeman.

Seligman, M.E.P., and Maier, S.F. (1967) Failure to escape traumatic shock. Journal of Experimental Psychology, 74 1-9.

Selman, R. (1980) The growth of interpersonal understanding. New York: Academic Press.

Serra, A.V., Ponciano, E. & Relvas, J. (1982) Avaliação da escala de auto-avaliação e ansiedade de Zung, numa amostra da população portuguesa - II: Sua avaliação como instrumento de medida. Psiquiatria Clínica, 3, 203-313.

Shaffer, R. (1977). Mothering. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Shapiro, S. & Nass, J. (1986) Post-partum psychosis in the male. Psychopathology, 19, 138-142.

Shaw, B.F. (1977) Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 543-551.

Shereshefsky, P.M. & Yarrow, L.J. (1973) Psychological Aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation. New York: Raven Press.

Shimizu, Y.M. & Kaplan, B.J. (1987) Post-partum depression in the United States and Japan. Journal of Cross-cultural Psychology, 18, 1, 15-30.

Sirignano, S.W. & Lachman, M.E. (1985) Personality Change during the transition to parenthood: The role of perceived temperament. Developmental Psychology, 21, 558-567.

Skinner, B.F. (1953) Science and Human Behavior. New York: Free Press.

Smith, S.L. (1975) Mood and the menstrual cycle; in E.J. Sachar (Ed): Topics on pseudoendocrinology. New York: Grune & Stratton.

Solberg, D. A., Butler, J., & Wagner, N.N. (1973). Sexual behavior in pregnancy. New England Journal of Medicine, 288, 1098-1103.

Spitzer, R.L., Endicott, J. & Robins, E. (1978) Research Diagnostic criteria. Archives of General Psychiatry, 35, 773-782.

Sroufe, L. & Rutter, M. (1984) The domain of developmental psychopathology. Child Development, 55, 17-29.

Steer, R.A., Beck, A.T., Riskind, J.H. & Brown, G. (1986) Differentiation of depressive disorders from generalized anxiety by the Beck Depression Inventory. Journal of Clinical Psychology, 42 (3), 475-478.

Stein, G., Milton, F., Bebbington, P., Wood, K. & Coppen, A. (1976) Relationship between mood disturbers and free and total plasma tryptophan in post-partum women. British Medecine Journal, 60,

No.5, 449-464.

Stern, G. & Kruckman, L. (1983) Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an anthropological critique. Social Science & Medecine, 17, 1027-1041.

Stoller, F.H. (1965) Closed circuit T.V. used for psychotherapy. Modern Hospitals, 60, 105.

Swartz, C.M. (1982) Biologically derived depression and the dexamethasone suppression test. Comprehensive Psychiatry, 23, 339-343.

Swyer, G.I.M. (1985) Post-partum mental disturbances and hormone changes. British Medical Journal, 290, 1232-1233.

Tanzer, D. & Block, J. (1976) Why Natural Childbirth? New York: Schocken.

Tasto (1976) Self-schedule inventories; in M. Hersen & A. Bellack (Eds): Handbook of Behavioral Assessment. New York: Guilford

Tavares L. (1990) Depressão e Relacionamento conjugal durante a Gravidez e o Pós-Parto. Análise Psicológica, 4, 389-398.

Taylor, F.G. & Marshall, W.L. (1977) Experimental analysis of a cognitive-behavioral therapy for depression. Cognitive Therapy and Research, 1, 59-72.

Tentoni, S.C. & High, K.A. (1980) Culturally induced post-partum depression: A theoretical position. JOGN Nursing, 9 (4), 246-249.

The American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders-III. Washington DC: American Psychiatric Association.

The American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders-III-R. Washington DC: American Psychiatric Association.

Thibaut, J.W. & Kelley, H.H. (1959) The Social Psychiatry of Groups. New York: Wiley.

Thomas, J. (1979) Birth of the (five week) blues. Nursing Mirror, April 12.

Tod & Edin (1964) Puerperal depression: A prospective epidemiological study. Lancet, 2, 1264-1266.

Treadway, C.R., Kane, F.J., Jr., Jarrahi-Zadeh, A. & Lipton, M.A. (1969) A Psychoendocrine study of pregnancy and puerperium. American Journal of Psychiatry, 125, 1380-1386.

True-Soderstorm, B.A., Buckwalter, K.C. & Kerfoot, K.M. (1983) Post-partum depression. Maternal-Child Nursing Journal, 12, 109-118.

Turiel, E. (1983) The development of social knowledge. Cambridge MA: University Press.

- Upreti, N.S. (1979) A study of the family support system: child bearing and child rearing rituals in Kathmandu, Nepal. DISS. ABSTR. - University of Wisconsin, Madison.
- Veroff, J. & Feld, S. (1970) Marriage and Work in America. New York: Van Nostrand-Rheinhold.
- Vincent, J.P., Cook, N.I. & Messerly, L. (1980) A Social learning analysis of couples during the second postnatal month. American Journal of Family Therapy, 8, 49-68.
- Watson, J.P., Elliot, S.A., Rugg, A.J. & Brough, D.L. (1984) Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. British Journal of Psychiatry, 144, 453-462.
- Weisseman, M.M. (1979) The Psychological treatment of depression. Archives of General Psychiatry, 36, 1261-1269.
- Weissman, M.M.; Myers, J.K.; and Harding, P.S. (1978) Psychiatric disorders in U.S. urban community: 1975-1976. American Journal of Psychiatry, 135, 459-462.
- Weissman, M. & Paykel, E.G. (1974) The depressed woman: A study of social relationships. Chicago: University of Chicago Press.
- Welner, A. (1982) Childbirth-related psychiatric illness. Comprehensive Psychiatry, 23, 143-154.
- Wente, A. & Crockenberg, S. (1976) Transition to fatherhood: Lamaze preparation, Adjustment difficulty and the husband-wife relationship. Family Coordinator, 25, 351-357.
- Wente, A. & Crockenberg, S. (1976) Transition to fatherhood: Lamaze preparation, adjustment difficulty and the husband-wife relationship. Family Coordinator, 25, 351-357.
- West, E.D. (1981) Electric convulsion therapy in depression: A double-blind controlled trial. British Medecine Journal, 282, 355-357.
- Whitbourne, S.K. & Weinstock, C.S. (1986) Adult Development. New York: Praeger.
- Wideman M. and Singer J. (1984) The role of Psychological Mechanisms in Preparation for Childbirth Uniformed Services. University of the Health Sciences.
- Williams, J.G., Barlow, D.H. & Agras, W.S. (1972) Behavioral measurement of severe depression. Archives of General Psychiatry, 27, 330-333.
- Wilson, J.E., Barglow, P. & Shipman, W. (1972) The prognosis of post-partum mental illness. Comprehensive Psychiatry, 13, 305-311.
- Winnicott, D.W. (1958) Primary maternal preoccupation. Collected papers through paediatrics to psychoanalysis. London: Tavistock.
- Winokur, G. & Ruangtrakool, S. (1966) Post-partum effect on patients with independently

diagnosed affective disorder. Journal A.M.A., 197, 242-246.

Wolpe, J. (1969) The practice of behavioral therapy. New York: Pergamon.

Wolpe, J. (1971) Neurotic Depression: An experimental analog, clinical syndromes, and treatment. American Journal of Psychiatry, 25, 362-368.

World Health Organization. The International Classification of Diseases, (rev.9), (1978). Geneva: World Health Organization.

Wylie, R.C. (1979) The self-concept: Vol. 2 - Theory and research on selected topics. Lincoln: University of Nebraska Press.

Yalom I.D., Lunde D.T., Moos R.H. & Hamburg D.A. (1968) Post-partum blues syndrome: A description and related variables. Archive of General Psychiatry, 18, 16-27.

Young, S.N., Smith, S.E., Pihl, R.O. & Erwin, F.R. (1985) Tryptophan depletion causes a rapid lowering of mood in normal males. Psychopharmacology, 87, 173-177.

Youngren, M.A. & Lewinsohn, P.M. (1980). The functional relationship between depression and problematic interpersonal behavior. Journal of Abnormal Psychology, 89, 333-341.

Zajicek, E. & Wolkind, S. (1978) Emotional difficulties in married women during and after the first pregnancy. British Journal of Medical Psychology, 51, 379-385.

Zax, M., Sameroff, A.J. & Farnum, J. (1975) Childbirth education, maternal attitudes, and delivery. American Journal of Obstetric and Gynecology, 123, 185.

Zilboorg, G. (1931) Depressive reaction related to parenthood. American Journal of Psychiatry, 10, 927.

PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ concordo em participar num programa de investigação conduzido por Fernando Carlos Fradique, assistente da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa e, colegas de investigação, em colaboração com o Serviço de Obstetrícia do Hospital S. Francisco de Xavier.

Compreendo que existem três objectivos principais deste estudo: (1) ajudar os investigadores a melhor compreenderem os aspectos físicos e psicológicos associados ao nascimento de um filho; (2) ajudá-los a determinarem quais os factores que permitem um melhor ajustamento após o parto, e quais os factores que tornam esse ajustamento mais difícil; e (3) ajudar os especialistas a melhor delinear e implementarem um programa de intervenção visando prevenir possíveis dificuldades psicológicas das mães recentes.

Compreendo que:

1. Posso recusar-me a participar neste estudo e que a minha recusa em nada interferirá no tratamento médico e psicológico que necessite.

2. Posso colaborar com os investigadores, aderindo ao estudo.

3. Aderindo ao estudo estou a possibilitar o avanço do conhecimento sobre esta área, mas que não me podem ser dadas garantias de qualquer benefício directo ou indirecto apenas pela minha participação no estudo.

Compreendo ainda que me pode ser solicitado que participe nas seguintes actividades:

4. Responder a vários questionários. Estes questionários contêm questões que incidem sobre o meu bebé, o tipo de relacionamento que mantenho com o meu marido/companheiro, familiares e amigos desde o momento do nascimento do meu bebé, sobre sintomas físicos e psicológicos associados ou não com o parto e o período pós-parto, e sobre os mecanismos psicológicos que utilizo para confrontar os problemas que me vão surgindo desde o nascimento do meu bebé.

Estes questionários deverão ser preenchidos cerca de um mês antes do parto, assim como 3-5 dias, 1 mês, 3 meses e 6 meses após o nascimento do meu bebé.

Estes questionários serão, na sua maioria, enviados para a minha residência juntamente com um envelope pré-selado para que após o preenchimento os possa devolver sem encargos financeiros para mim.

5. Participar no programa de intervenção que os investigadores pretendem implementar. Este programa integrará 6 sessões que se desenvolveram por um período de 6 semanas, à razão de uma sessão por semana e com a duração média de 2 horas

e meia.

Autorizo os investigadores a terem acesso a informação contida nos meus registos médicos respeitantes ao parto e período pós-parto, assim como aos registos médicos do meu bebé.

Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade, assim como a do meu bebé, jamais será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o autorize expressamente por escrito.

NOME _____

Assinatura _____

Data _____

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE PENSAMENTOS TEMÁTICOS

Com este questionário, pretende-se conhecer a sua opinião sobre várias maneiras de pensar de uma mãe no período após o nascimento do seu bebé, relativamente a alguns assuntos que frequentemente preocupam as mães durante esse período.

É natural que considere certas frases como mais próximas da sua maneira de pensar do que outras. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS. O QUE INTERESSA É A SUA OPINIÃO.

Faça um círculo em volta do número respectivo.

Pode não ter tido ainda a experiência de muitas das situações sugeridas nas frases. Pode-se-lhe, nesses casos, para imaginar, ou antecipar, a sua opinião relativa a essas formas de pensar como se fosse confrontada com essas situações.

I

1) Na relação conjugal, preciso da protecção do meu marido

CONCORDO			DISCORDO			
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

2) Na relação conjugal, preciso de ter um máximo de prazer e um mínimo de aborrecimentos

CONCORDO			DISCORDO			
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

3) Na relação conjugal preciso de não desiludir/desapontar o meu marido

CONCORDO			DISCORDO			
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

4) Na relação conjugal, preciso de me apoiar em princípios que a guiem

CONCORDO			DISCORDO			
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

5) Na relação conjugal, preciso de me sentir livre e autónoma

CONCORDO			DISCORDO			
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

Reveja rapidamente as cinco frases de I e escolha a que lhe parecer mais próxima das suas próprias idéias n° ____

II

1) Preciso que me ajudem a lidar com a criança

CONCORDO				DISCORDO		
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

2) Preciso que a criança se adapte às minhas necessidades

CONCORDO				DISCORDO		
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

3) Preciso que vejam que cuido bem da criança

CONCORDO				DISCORDO		
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

4) Preciso de saber maneiras de lidar com a criança

CONCORDO				DISCORDO		
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

5) Preciso de ser inventiva/imaginativa na forma de lidar com a criança

CONCORDO				DISCORDO		
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

Reveja rapidamente as cinco frases de II e escolha a que lhe parecer mais próxima das suas próprias idéias n° ____

III

1) Tenho medo de perder aquilo que tenho em casa

CONCORDO			DISCORDO			
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

2) Tenho medo de perder aquilo que já consegui ganhar

CONCORDO			DISCORDO			
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

3) Tenho medo que os outros pensem mal de mim

CONCORDO			DISCORDO			
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

4) Tenho medo de me tornar uma irresponsável

CONCORDO			DISCORDO			
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

5) Tenho medo de não poder compreender o que se passa na minha cabeça

CONCORDO			DISCORDO			
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

Reveja rapidamente as cinco frases de III e escolha a que lhe parecer mais próxima das suas próprias idéias n° ____

IV

1) O que eu mais detesto, é só poder contar comigo própria

CONCORDO				DISCORDO		
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

2) O que eu mais detesto, é perder uma boa oportunidade

CONCORDO				DISCORDO		
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

3) O que eu mais detesto, é que não reconheçam os meus méritos

CONCORDO				DISCORDO		
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

4) O que eu mais detesto, é não cumprir o meu dever

CONCORDO				DISCORDO		
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

5) O que eu mais detesto, é perder a minha autonomia

CONCORDO				DISCORDO		
complet.	bastante	ligeiram.	hesitação	ligeiram.	bastante	complet.
1	2	3	4	5	6	7

Reveja rapidamente as cinco frases de IV e escolha a que lhe parecer mais próxima das suas próprias idéias n° ____

luis joyce moniz e fernando fradique, 1989

faculdade de psicologia e ciências da educação, universidade de lisboa

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, K. (1911) Notes on psychoanalytic investigation and treatment on maniac-depressive insanity and allied conditions. in *Selected papers on psychoanalysis*. (1960), pp. 137-156. New York: Basic Books.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978) Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Acton, R.G. & Genest, M. (1987) A prospective study of post-partum depression: A test of a cognitive model. Comunicação apresentada na AABT, 13/15 Nov., Boston, Mass.
- Affonso, D.D. & Domino, G. (1984) Post-partum depression: A review. *Birth: Issues in Perinatal Care and Education*, 11 (4), 231-235.
- Akiskal, H.S., Bitat, A.H., Puzantian, V.R et al. (1978). The nosological status of neurotic depression: A prospective three-to-four year follow-up examination in the light of the primary-secondary and unipolar-bipolar dichotomies. *Archives of General Psychiatry*, 35, 756-766.
- Akiskal, H.S. & McKinney, W.T., Jr., (1973). Depressive disorders: Toward a unified hypothesis. *Science*, 182, 20-29.
- Alder, E.M., Cook, A., Davidson, D., West, C., Bancroft, J. (1986). Hormones, mood and sexuality in lactating women. *British Journal of Psychiatry*, 148, 74-79.
- Alder, E.M. & Cox, J.L. (1983). Breast feeding and post-natal defusion. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 39-144.
- Alger, I. & Hogan, P. (1966). Video-tape: Its use and significance in psychotherapy. Paper presented before the Society of Medical Psychoanalysts at the New York Academy of Medicine. September.
- Andrews, G.Tennant, C., Hewson, D.M. & Vaillant, G.E. (1978). Life event stress, social support, coping style and risk of psychological impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 307-316.
- Antonuccio, D.O., Lewinsohn, P.M. and Steinmetz, J.L. (1982). Identification of therapist differences in a group treatment for depression. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 50, 433-435.
- Arizmendi, T.G. & Affonso, D.D. (1987). Stressfull events related to pregnancy and post-partum. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 6, 743-756.
- Atkinson, A.K. & Rickel, A.U. (1983). Depression in women: The post-partum experience. *Issues in Mental Health Nursing*, 5 (1-4), 197-218.
- Atkinson, A.K. & Rickel, A.V. (1984). Post-partum depression in primiparous parents. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 1, 115-119.
- Augusto, A., Figueiredo, B., Arcias, E., Calheiros, J. & Figueiredo, E. (1990). Perturbações psicológicas da maternidade: Problemas metodológicos de investigação. *Revista da Ordem dos Médicos*, Janeiro, 24-26
- Bagedahl-Strindland, M. & Jansson, B. (1983). Does the season of conception influence the frequency of post-partum mental illness? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 45, 159-160.
- Bailey, K. & Sowder, T. (1970). Audio-tape and video-tape self-confrontation in psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 74, 124-137.
- Baker, M., Dorzab, J., Winokur, G. & Cadoret, R. (1971). Depressive disease: The effect on the post-partum state. *Biological Psychology*, 3, 357-365.
- Ballinger, C.B. (1982). Emotional disturbing during pregnancy and following delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 629
- Ballinger C.B., Buckley D.E., Naylor G.J. & Stansfield, D.A. (1979). Emotional disturbance following childbirth: Clinical findings and urinary excretion of cyclic AMP. *Psychological Medicine*, 9, 2, 293-300.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs N.J.: Prentice-Hall.
- Barnett, B., Hanna, B. & Parker, G. (1983). Life event scales for obstetric groups. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 313-320
- Barros, M.L. (1992). *Intervenção desenvolvimentista para mães de bebés em risco*. Dissertação de Doutouramento apresentada na F.P.C.E.-Universidade de Lisboa.
- Bates, J., Freeland, C. & Lounsbury, M. (1979). Measurement of infant difficultness. *Child Development*, 50, 794-803
- Baumgart, E., Oliver, J. (1981). Sex-ratio an gender differences in depression in an unselected adult population. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 570-574
- Bech, P., Gram, L.F., Dein, E., Jacobsen, O., Vilger, J. & Bolwig, T.G. (1975). Correlation between clinical assessment, Beck's self-rating scale and Hamilton's objective rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 51, 161-170.
- Bech, P. & Hey, H. (1979). Depression and asthenia related to metabolic disturbances in obese patients after intestinal by-pass surgery. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59, 462-470.
- Beck, A.T. (1972). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1972). *The Diagnosis and Management of Depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1981). Cognitive theory of depression. Paper presented at APPA.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (1), 5-37.
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Hollon, S., Young, J., Bedrosian, R. & Budez, D. (1985). Combined cognitive-pharmacotherapy versus cognitive therapy in the treatment of depressed outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 42, 142-148.
- Beck, A.T. & Freeman, A. (1990) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bell, R.Q. (1977). Human infant-effects in the first year. In R. Q. Bell & L. V. Harper (eds.), *Child effects on adults* (pp.122-148), Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Belsky, J. & Isabella, R. (1985). Marital and parental-child relationships in family of origine and marital change following the birth of a baby: A retrospective analysis. *Child Development*, 56, 342-349.
- Belsky, J., Spanier, G.B. & Rovine, M. (1983). Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 45, 567-577.
- Belsky, J., Ward, M.J. & Rovine M. (1986). Prenatal expectations, postnatal experiences, and the transition to parenthood; in R. Ashmore & D. Brodzinsky (Eds) *Thinking about family*. Helsdale, New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Bergstrom-Walan, M. (1963). Efficacy of education for childbirth. *Journal of Psychosomatic Research*, 7, 131.
- Bernard, J. (1974). *The Future of Motherhood*. New York: Penguin.
- Bernard, J. (1975). *Women, Wives, Mothers*. Chicago: Aldine.
- Bibring E. (1953). The mechanism of depression. in P. Greenacre (Ed), *Affective Disorders*. New York: International Universities Press.
- Bigman, A. & Crocker, D. (1982). Effects of pleasant-activities manipulation on depression. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 50, 436-438.
- Blackburn, I.M., Bishop, S., Glen, A.I.M., Walley, L.J. & Christie, J.E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- Blair, R.A., Gilmore, J.S., Playfair, H.R. & al. (1970). Puerperal depression: A study of predictive factors. *Journal of the Royal College of Practicioners*, 19, 22-25.
- Blake, J. (1972). *Coercive Pronatalism and American Population Policy*. Berkeley: International Population and Urban Research.
- Blaney, P.H. (1977). Contemporary theories of depression: Critique and comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 203-223.
- Blumberg, N.J. (1980) Effects of neonatal risk, maternal attitude, and cognitive style on early post-partum adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 139-150.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and Psychopathology in the light of Attachment Theory. *British Journal of Psychiatry*, 1302, 201-210.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (vol.3: *Loss, sadness and depression*). London: Hogarth Press.
- Braverman, J. & Roux, J.F. (1978). Screening for the patient at risk for post-partum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 52, 6, 731-726.
- Bridge, L.R., Little, B.C., Hayworth, J., Dewhurst, Sir J. & Priest, R. (1985) Psychometric ante-natal predictors of post-natal depressed mood. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 325-331.
- Brockington, I.F., Cernik, K.F., Schofield, E.M., Downing, A.R., Francis, A.F. & Keelan, C. (1981). Puerperal psychosis: Phenomena and diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 38, 829-833.
- Brown, G.W. Bhrolchain, M.L., & Harris, T. (1975). Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9, 225-254.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression*. New York: The Free Press.
- Brown, W.A. (1979). *Psychological Care During Pregnancy and the Post-partum Period*. New York: Raven Press.
- Brown, W.A. & Shereshefsky, P. (1972). Seven Women: A prospective study of post-partum psychiatric disorders. *Psychiatry*, 35, 139-157.

- Bryson, S.E. & Pilon, D.J. (1984). Sex differences in depression and the method of administering the Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (2), 529-534.
- Bumberry, W., Oliver, J.M. & McClure, J.N. (1978). Validation of the Beck Depression Inventory in an university population using psychiatric estimate as the criterion. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 46, 150-155.
- Campbell, A. (1975). The American way of mating: Marriage si, Children only maybe. *Psychology Today*, 4, 37-43.
- Carbary, R.N. (1982). Post-partum depression. *Journal of Nursing Care*, 8, 11-13.
- Carrol, R. (1982). *Social Class, Life Experiences and Group Psychotherapy*. Tese de Mestrado não publicada: Universidade de Pittsburgh.
- Charles, A.G., Norr, K.L., Block, C.R., Meyering, S. & Meyers, E. (1978). Obstetric and psychological effects of psychoprofilatic preparation for childbirth. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 131, 44-52.
- Chertok, L. (1959). *Psychosomatic Methods in Painless Childbirth*. London: Pergamon Press
- Chertok, L. (1969). *Motherhood and Personality*. London: Tavistock Publications.
- Chodorow, N. (1978). *The Reproduction of Mothering*. Berkeley CA: University of California Press.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 1-7.
- Clarke, M. & Williams, A.S. (1979). Depression in women after perinatal death. *Lancet*, I, No.8122, 916-917.
- Cline, D.W. (1972). Video-tape documentation of behavioral change in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42, 40-47.
- Cobb, S. (1974). A model for life events and their consequences. in B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (eds.) *Stressful Life Events*. New York: John Wiley & Sons.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314
- Cogan, R. & Klopfer, F. (1975). The delivery of childbirth reports: An analysis of sample bias in questionnaire returns. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 39-42.
- Cohen, M.B. (1966). Personal identity and sexual identity. *Psychiatry*, 29, 1-14.
- Cohen, R.L. (1966). Pregnancy stress and maternal perceptions of infant endowment. *Journal of Mental Subnormality*, 12 (22), 18-23.
- Cohn, J., Campbell, S., Matias, R. & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and non depressed mother-infant pairs at two months. *Developmental Psychology*, 26, 1, 15-23
- Cohn, J. & Tronick, E. (1983). Three month old infant's reactions to simulated maternal depression. *Child Development*, 7, 517-522
- Collins, A., Eneroth, P. & Landgren, B-M. (1985). Psychoendocrine stress responses and mood as related to the menstrual cycle. *Psychosomatic Medicine*, 47, 512-527.
- Comport, M. (1990). *Surviving Motherhood*. New York: Ashgrove Press Limited
- Coppen, A., Eccleston, E.G. & Peet, M. (1973). Total and free tryptophan concentration in the plasma of depressive patients. *Lancet*, 2, 60-63.
- Cornelison, F.S. & Tausig, T.N. (1964). A study of self-image experience using video-tapes at Delaware State Hospital. *Delaware State Medical Journal*, 36, 229.
- Costello, C. G. (1978). A critical review of Seligman's laboratory experiments on learned helplessness and depression in humans. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 21-31.
- Costello, C.G., Belton, G.P., Abra, J.C. & Dunn, B.E. (1970). The amnesic and therapeutic effects of bilateral and unilateral ECT. *British Journal of Psychiatry*, 116, 69-78.
- Cowan, C.P., Cowan, P., Coie, L. & Coie, J. (1978). Becoming a family: The impact of a first child's birth on the couple's relationship. in W.B. Miller & L.F. Newman (Eds) *The First Child and Family Formation*. Chapel Hill, NC.: Carolina Population Center.
- Cox, J.L., Connor, Y.M., Henderson, I., McGuire, R.J. & Kendell, R.E. (1983). Prospective study of psychiatric disorders of childbirth by self report questionnaire. *Journal of Affective Disorders*, 5, 1-7.
- Cox, J.L., Connor, Y.M. & Kendell, R.S. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 140, 111-117.
- Cutrona, C.E. (1981). *Depressive Attributional Style and Nonpsychotic Post-partum Depression*. Dissertação doutoral não publicada. Los Angeles: University of California.
- Cutrona, C.E. (1982). Non-psychotic post-partum depression: A review of recent research. *Clinical Psychology Review*, 2, 487-503.
- Cutrona, C.E. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 2, 161-172.

- Cutrona, C.E. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 93 (4), 378-390.
- Cutrona, C.E. & Troutman, B.R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of post-partum depression. *Child Development*, 57, 1507-1518.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavioral modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Dalton, K. (1971). Prospective study into puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 118, 689-692.
- Dalton, K. (1980). *Depression after Childbirth*. London: Oxford University Press.
- Davenport, Y.B. & Adland, M.L. (1982). Postpartum psychoses in female and male bipolar manic-depressive patients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 288-297.
- Davids, A., Devault, S., & Talmadge, M. (1961). Psychological study of emotional factors in pregnancy: A preliminary report. *Psychosomatic Medicine*, 23, 93-103.
- Davidson, J.R.T. (1972). Post-partum mood changes in Jamaican women: A description and discussion on its significance. *British Journal of Psychiatry*, 121, 659-663.
- Davis, C. & Marrone, F. (1962). An objective evaluation of a prepared childbirth program. *Am. Journal of Obstetrics and Gynecology*, 84, 1196.
- Dean, C., & Kendell, R.E. (1981). The symptomatology of puerperal illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 139, 128-133.
- DeMonbreun, B.G. & Craighead, E. (1977). Distortion of perception and recalled positive and neutral feedback in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 311-329.
- Derogatis, D.R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, D.R. (1977). *The SCL-90 manual I: Scoring, Administration and Procedures for the SCL-90*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, D.R. (1982). Self-report measures of stress. in L. Goldberger & S. Berznitz (Eds) *Handbook of Stress*. New York: Free Press.
- Derogatis L. & Spencer P. (1982). *Administration & Procedures: BSI Manual-I*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Deyer, E.D. (1963). Parenthood as a crises: A re-study. *Marriage and Family Living*, 25, 196-201.
- Dimitrovsky, L., Perez-Hirschberg, M. & Itskowitz, R. (1987). Depression during and following pregnancy: Quality of family relationship. *The Journal of Psychology*, 121 (3), 213-218.
- Dobson, D. & Dobson, K. (1981). Problem-solving strategies in depressed and non-depressed college students. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 237-249.
- Dodsworth-Rugani, K. (1982). *The Development of Concepts of Social Structure and Their Relationship to School Rules and Authority*. Berkeley: Univ. of California.
- Douvan, E. (1970). New sources of conflict in females at adolescence and early adulthood. in J. Bardwick, E. Douvan, M. Horner & D. Guttman (Eds) *Feminism, Personality and Conflict*. Belmont: Brooks-Cole.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Stuart.
- Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of rational emotive therapy. in A. Ellis & G. Grieger (Eds) *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. New York: Springer.
- Endo, M., Daiguji, M., Asano, Y., Yamashita, I. & Takahashi, S. (1978). Periodic psychosis recurring in association with menstrual cycle. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, 456-466.
- Entwistle, D.R. & Doering, S.G. (1981) *The First Birth: A Family Turning Point*. Baltimore, MD.: Johns Hopkins University Press.
- Fava, G.A., Perini, G.I., Santonastaso, P. & Fornasa, C.V. (1980). Life events and psychiatric distress in dermatological disease, psoriasis, chronic urticaria, and fungal infections. *British Journal of Medical Psychiatry*, 53, 277-282.
- Feldman, H. (1971) The effects of children on the family. in A. Michel (Ed) *Family Issues of Employed Women in Europe and America*. Leiden: E.J. Brill.
- Felski, A., Harris, B., Walker, R.F., Riad-Fahmy, D. & Newcombe, R.G. (1984). "Maternity Blues" and hormone levels in saliva. *Journal of Affective Disorders*, 6, 351-355.
- Ferster, C. (1974). Behavioral approaches to depression. In Friedman, R.J. & Katz, M.M. (Eds) *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. New York: Winston-Wiley.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Field, T. (1984). Early interactions between infants and their post-partum depressed mothers. *Infant Behavioral Development*, 7, 527-532.

Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vaga-Lahr, N., Goldstein, S. & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, post-partum depression and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 21 (6), 1152-1156

Fischer, N. (1967). Obesity affect, and therapeutic starvation. *Archives of General Psychiatry*, 17, 227-233.

Fisher, T.J., Reardon, R.C. & Burck, H.D. (1976). Increasing information seeking behavior with a model-reinforced video-tape. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 234-238.

Fradique, F. (1984). *Auto-avaliação, reactividade e confronto terapeutico*. Provas de aptidão científica e capacidade pedagógica. F.P.C.E.-Universidade de Lisboa.

Freud, S. (1917/57). Mourning and melancholia; in J. Strachey (Ed): *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 14, 243-288. London: Hogarth.

Frommer, E.A. & O'Shea, G. (1973). Antenatal identification of women liable to have problems in managing their infants. *British Journal of Psychiatry*, 123, 149-156.

Frost, R.O., Graf, M. & Becker, J. (1979). Self-devaluation and depressed mood. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 47, 958-962.

Garvey, M.J., Tuason, V.B., Lumry, A.E. & Hoffmann, N.G. (1983). Occurrence of depression in the post-partum state. *Journal of Affective Disorders*, 5, 97-101.

Gavron, H. (1966). *The Captive Wife*. London: Routledge and Kegan Paul

Geiss, S. (1983). Transition to parenthood: Effects of the first child on women's marital relationship. Comunicação apresentada na 17ª Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Dezembro, Washington, D.C.

Gelder, M.G. (1978). Hormones in post-partum depression. in M. Sandler (Ed) *Mental Illness in Pregnancy and Puerperium*. London: Oxford University Press.

George, A.E. & Wilson, K.C.M. (1981). Monoamin oxidase activity and the puerperal blues syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 409-413.

Gilligan, C. (1977). In a different voice: Women's conceptions of the self and of morality. *Harvard Educational Review*, 47, 481-517.

Goode, W.J. (1960). A theory of role strain. *American Sociological Review*, 25, 488-496.

Gordon, R.E. & Gordon, K.K. (1959). Prediction and treatment of emotional disorders of pregnancy and childbearing. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 77, 1071.

Gordon, R.E. & Gordon, K.K. (1959). Social factors in the prediction and treatment of emotional disorders of pregnancy and childbearing. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 77, 1074-1083.

Gordon, R.E. & Gordon K.K. (1960). Social Factors in the prevention of post-partum emotional difficulties. *Obstetrics and Gynecology*, 15, 433.

Gordon, R.E., Kapostins, E.E. & Gordon K.K. (1965). Factors in post-partum emotional adjustment. *Obstetrics and Gynecology*, 25, 158-166.

Gorsuch, R.L. & Key, M.K. (1974). Abnormalities of pregnancy as a function of anxiety and life stress. *Psychosomatic Medicine*, 36, 352-362.

Gotlib, I.H. & Asarnow, R.F. (1979). Interpersonal and impersonal problem-solving skills in mildly and clinically depressed university students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 86-95.

Gottschalk, L.A., Gleser, G.C. & Springer, K.J. (1963). Three hostility scales applicable to verbal samples. *Archives of General Psychiatry*, 9, 254-279.

Gove, W.R., Hughes, M. & Briggs Style, C. (1983). Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? *Journal of Health and Social Behavioral*, 24, 122-131.

Gove, W.R. & Tudor, J.F. (1973). Adult sex roles and mental illness. *American Journal of Sociology*, 78, 51-73

Gove, W.R., & Geerken, M. R. (1977). The effect of children and employment on the mental health of married men and women. *Social Forces*, 56, 66-76.

Grundy, P.F. & Roberts, C.J. (1975). Observation on the epidemiology of post-partum mental illness. *Psychological Medicine*, 5, No.3, 286-290.

Grunebaum, H.U. & Weiss, J.L. (1963). Psychotic mothers and their children: Joint admission to an adult psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry*, 119, 927-933.

Guidano, V.F. (1984). A constructivistic outline of cognitive processes. in M.A. Reda & M.J. Mahoney (Eds). *Cognitive Psychotherapies*. Cambridge MA: Ballinger.

Guidano, V. (1987). *Complexity of the Self: A Developmental Approach to Psychopathology and Therapy*. New York: Guilford.

Guidano, V.F. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.

- Guidano, V.F. & Liotti, V.A. (1985). A constructivistic foundation to cognitive therapy. in M.J. Mahoney & A. Freeman (Eds) *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum.
- Gurin, G., Veroff, J. & Feld, S. (1960). *Americans View: Their Mental Health*. New York: Basic Books.
- Guttman, H. (1983). Autonomy and motherhood, *Psychiatry*, 46, 230-235.
- Hamilton, J.A. (1962). *Post-partum Psychiatric Problems*. St. Louis: Mosby.
- Hammen, C.L. (1978). Depression, distortion and life stress in college students. *Cognitive Therapy Research*, 2, 189-192.
- Handley, S.L., Dunn, T.L., Baker, J.M., Cockshott, C. & Gould, S. (1977). Mood changes in puerperium and plasma tryptophan and cortisol concentrations. *British Medical Journal*, 2, 18-22.
- Handley, S.L., Dunn, T.L., Waldron, G. & Baker, J.M. (1980). Tryptophan, cortisol and puerperal mood. *British Journal of Psychiatry*, 136, 498-508.
- Harris, B. (1980). Prospective trial of L-Tryptophan in maternity blues. *British Journal of Psychiatry*, 137, 233-235.
- Harris, B. (1981). "Maternity blues" in East African clinic attenders. *Archives of General Psychiatry*, 36, Nov., 1293-1295.
- Harris, T. & Brown, G.W. (1985). Interpreting data in aetiological studies of affective disorders: Some pitfalls and ambiguities. *British Journal of Psychiatry*, 147, 5-15.
- Harrison, M.J. & Hicks, S.A. (1983). Post-partum concerns of mothers and their sources of help. *Canadian Journal of Public Health*, 74 (5), 325-328.
- Hayworth, J., Little, B.C. & Carter, S.B., Raptopoulos, P., Priest, R. & Sandler, M. (1980). A predictive study of post-partum depression: Some predisposing characteristics. *British Journal of Psychiatry*, 53, No.2, 161-167.
- Hemphill, R.E. (1952). Incidence and nature of puerperal psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 2, Dec., 1232-1235.
- Henderson, S. (1977). The social network, support and memories: The function of attachment in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 131, 185-191.
- Henderson, S., Byrne, D.G. & Duncan-Jones, P. (1981). *Neurosis and the social environment*. Sydney: Academic Press.
- Hersen, M. & Bellack, A. (1976). A multiple-baseline analysis of social skills training in chronic schizophrenics. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 9, 239-245.
- Hersen, M. & Bellack, A. (Eds) (1976) *Behavioral Assessment: A Practical Handbook*. Pergamon.
- Hersen, M. & Bellack, A. (Eds) (1980) *Behavioral Assessment: A Practical Handbook*. (2nd Ed.) Pergamon.
- Herzberg, B.N., Johnson, A.L. & Brown, S. (1970). Depressive symptoms and oral contraceptives. *British Medical Journal*, 5728, 142-145.
- Herzog, A. & Detre, T. (1976). Psychotic reactions associated with childbirth. *Diseases of Nervous System*, 37, 229-235.
- Hobbs, D., Jr. (1965). Parenthood as crisis: A third study. *Journal of Marriage and the Family*, 27, 367-372.
- Hobbs, D., Jr. (1968). Transition to parenthood: A replication and an extension. *Journal of Marriage and the Family*, 30, 413-417.
- Hobbs, D., Jr. & Cole, S.P. (1976). Transition to parenthood: A decade replication. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 723-731.
- Hoffman, L.W. & Nye, F.I. (1974). *Working Mothers: An Evaluation and Review of Consequences for Wife, Husband and Child*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hoffman, L.W., Thornton, A. & Manis, J.D. (1978). The value of children to parents in the United States. *Journal of Population*, 1, 91-131.
- Hollon, S.D. & Beck, A.T. (1979). Cognitive therapy of depression. in P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds) *Cognitive Behavior Interventions: Theory, Research and Procedures* (pp. 153-203). New York: Academic Press.
- Hollon, S.D. & Beck, A.T. (1986). Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapies; in S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Changes* (3rd ed., pp. 443-482). New York: Wiley.
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hopkins, J. (1984). *Social Support and Post-Partum Depression*. Dissertação de Doutorado não publicada: University of Pittsburgh.
- Hopkins, J., Campbell, S.B. & Marcus, M. (1987). Role of infant-related stressors in post-partum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (3), 237-241.
- Hopkins, J., Marcus, M. & Campbell, S.B. (1984). Post-partum depression: A critical review. *Psychological Bulletin*, 95, 498-515.
- Horner, M.S. (1970). Femininity and successful achievement: A basic inconsistency. in J. Bardwick, E. Douvan, M. Horner, & D. Guttman (Eds) *Feminine Personality and Conflict*. Belmont: Brooks-Cole.

- Hunt, D. (1971). *Matching Models in Education*. Toronto, Ontario: Institute for Studies in Education
- Inwood, D.G. (Ed.) (1985). *Recent Advances in Post-partum Psychiatric Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Inwood, D. (1985). The spectrum of post-partum psychiatric disorders. in D. Inwood, (Ed) *Recent Advances in Postpartum Psychiatric Disorders*, Washington: American Psychiatric Press
- Ivey, A. (1986) *Developmental Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ivey, A, Gonçalves, O. & Ivey, M. (1989). Developmental therapy: Theory and practice. in O. Gonçalves (Ed). *Advances in the Cognitive Therapies: The Constructive-Developmental Approach*, Porto: APPORT
- Jacobson, E. (1971). *Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions*. New York: Internationals Universities Press.
- Jacobson, L., Kais, L. & Nilsson, A. (1965). Post-partum mental disorders in an unselected sample: Frequency of symptoms and predisposing factors. *British Medical Journal*, 1, 1640-1643.
- Jain, V.K. (1971). Affective disturbance in hypothyroidism. *British Journal of Psychiatry*, 119, 279-280.
- Jarradi-Zadeh, A., Kane, F.S., Van de Castle, R.L. (1969). Emotional and cognitive changes in pregnancy and early puerperium. *British Medical Journal*, 115, 797-805.
- Jones, A.C. (1978). Life changes and psychological distress as predictors of pregnancy outcome. *Psychosomatic Medical Journal*, 40, No.5, 402-412.
- Joyce-Moniz, L. (1983). *Terapia Epistemológica e Construtivismo*. Manuscrito não publicado, Universidade de Lisboa
- Joyce-Moniz, L. (1985). Epistemological therapy and constructivism. in M. Mahoney and A. Freeman (Eds) *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum.
- Joyce-Moniz, L. (1988). Self-talk, dramatic expression and constructivism. in C. Perris, Y. Blackburn and H. Perris (Eds): *Cognitive Psychotherapy: Theory and Practice*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Joyce-Moniz, L. (1989). Structures dialectic and regulation in applied constructivism: From developmental psychopathology to individual drama therapy. in O. Gonçalves (Ed) *Advances in the Cognitive Therapies: The Constructive-Developmental Approach*. Porto: APPORT.
- Joyce-Moniz, L. (1991). Exposição a videos de psicoterapia de acção didáctica e promoção da autonomia hospitalar e pós-hospitalar em parassuicidas, pacientes oncológicos e pais de bebés em risco. *Relatório de Actividades Desenvolvidas no Âmbito do Projecto nº 87.442 subsidiado pela Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica*. Lisboa, Julho.
- Joyce-Moniz, L. (1991). Dialéctica, Desenvolvimento e Expressão Afectiva de Significações Emocionais e da Personalidade. *Congresso Internacional Sobre Stress, Ansiedade e Desordens Emocionais*. Braga: Julho
- Joyce-Moniz, L. (1992). *Psicopatologia do Desenvolvimento do Adulto e do Adolescente*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Joyce-Moniz, L. & Fradique, F. (1989). Questionário de pensamentos temáticos. Manuscrito não publicado.
- Joyce-Moniz, L. & Reis, J. (no prelo). Desenvolvimento e dialéctica de significação de doença e confronto em Psicologia da Saúde.
- Kagan, J. (1978). The child in the family. In A.S. Rossi, J. Kagan, & T.K. Harevan (Eds.) *The Family*. (pp.33-56). New York: W.W Norton.
- Kagan, J., Kearsley, R.B. & Zelazo, P.R. (1978). *Infancy: Its Place in Human Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kaij, L., Jacobson, L. & Nilsson, A. (1966). Post-partum mental disorder in an unselected sample: The influence of parity. *Journal of Psychosomatic Research*, 10 (4), 317-325.
- Kaij, L. & Nilsson, A. (1972). Emotional and psychotic illness following childbirth. in J. Howells (Ed) *Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics*. New York: Brunner/Mazel.
- Karfer, F.H. (1971). The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. in A.Jacobs & L.B. Sachs (Eds) *The Psychology of Private Events: Perspectives on Covert Response Systems*. New York: Academic Press.
- Karnosh, L.E. & Hope, J.M. (1937). Puerperal psychosis and their sequelae. *American Journal of Psychiatry*, 94, 537-550.
- Kathami, M. & Rush, A. (1978). A pilot study of the treatment of outpatients with chronic pain: Symptom control, stimulus control and social system intervention. *Pain*, 5, 164-172
- Kegan, R. (1982). *The evolving self*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kegan, R., Noam, G.G. & Rodgers, L. (1985). The psychology of emotion: A neo-piagetian view. Comunicação não publicada. Universidade de Harvard.
- Kelly, J.V. (1967). The influence of native costumes on Obstetrics in Nigeria. *Obstetrics and Gynecology*, 30, 608-612.
- Kendall, P.C. & Bemis, K.M. (1983). Thought and action in psychotherapy: The cognitive-behavioral approaches. in M. Hersen, A.E. Kazdin & A.S. Bellack (Eds) *The Clinical Psychology Handbook*. New York: Pergamon Press.

- Kendell, R.E. (1985). Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 3-11.
- Kendell, R.E., McGuire, R.E., Connor, Y. & Cox, E.L. (1981). Mood changes in the first three weeks after childbirth. *Journal of Affective Disorders*, 3, No.4, 317-326.
- Kendell, R.E., Rennie, D., Clarke, J.A. & Dean, C. (1981). The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. *Psychological Medical Journal*, 11, No.2, 341-350.
- Kendell, R.E., Wainwright, S., Hailey, A. & Shannon, B. (1976). The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychological Medicine Journal*, 6, 297-302.
- Kernberg, O. (1970). Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 18, 51-85.
- Kessler, R., Price, R. & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Khatami, M. & Rush, A.J. (1978). A pilot study of the treatment of out patients with chronic pain: Symptom control, stimulus control and social system intervention. *Pain*, 5, 164-172.
- Kitchener, K.S. (1983). Cognition, metacognition and epistemic cognition: A three-level model of cognitive processing. *Human Development*, 26, 222-232.
- Kitchener, L. & King, P. (1981). Reflective judgment: Concepts of justification and their relationship to age and education. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2, 89-116.
- Klatskin, E.H. & Eron, L.D. (1970). Projective test content during pregnancy and post-partum adjustments. *Psychosomatic Medicine Journal*, 32, 487-493.
- Kleinberg, W.M. (1977). Counseling mothers in the hospital post-partum period: a comparison of techniques. *American Journal of Public Health*, 67 (7), 672-674.
- Klusman, L. (1975). Reduction of pain in childbirth by the alleviation of anxiety during pregnancy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 162-165.
- Knight, R.G. & Thirkettle, J.A. (1987). The relationship between expectations of pregnancy and birth, and transient depression in the immediate post-partum period. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, No.3, 351-357.
- Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive and developmental approach to socialization. in D. Goslin (Ed.) *Handbook of Socialization Theory and Research*. Chicago: Rand McNally.
- Kohlberg, L. (1981-1983). *Essays in moral development* (vol.I and II). New York: Harper & Row.
- Komarovsky, M. (1946). Cultural contradictions and sex roles. *American Journal of Sociology*, 52, 182-189.
- Komarovsky, M. (1962). *Blue Collar Marriage*. New York: Random House.
- Kovacs, M., Rush, A.J., Beck, A.T. & Hollon, S.D. (1981). Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: A one-year follow-up. *Archives of General Therapy*, 38, 33-39.
- Kovacs, M. & Beck, A. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135, 525-533.
- Krantz, S. & Hammen, C. (1979). Assessment of cognitive bias in depression. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 88, 611-619.
- Kumar, R., Brant, H.A. & Robson, M. (1981). Childbearing and maternal sexuality: A prospective study of 119 primiparae. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 373-383.
- Kumar, R. & Robson, K. (1978). Neurotic disturbance during pregnancy and the puerperium: Preliminary report of a prospective study of 119 primiparae. in M. Sandler (Ed) *Mental Illness in Pregnancy and the Puerperium*. London: Oxford University Press.
- Kumar, R. & Robson, K.M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbirth women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Lamb, M.E. (1978). Influence of the child on marital quality and family interaction during the prenatal, perinatal, and infancy periods. In R.M. Lerner & G.B. Spanier (Eds.) *Child Influences on Marital and Family Interaction: A Life-Span Perspective* (pp. 137-163). New York: Academic Press.
- Langevin, R. & Stancer, H. (1979). Evidence that depression rating scales primarily measure a social undesirability response set. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59, 4, 70-79.
- Larch, C. (1978). *The Culture of Narcissism*. Norton.
- Lazarus, A. (1968). Learning theory and the treatment of depression. *Behavior Research Therapy*, 6, 83-89.
- Le Masters, E.E. (1957). Parenthood as crisis. *Marriage and Family Living*, 19, 352-355.
- Le Masters, E.E. (1974). *Parents in Modern America*. Homewood, Ill.: Dorsey Press.

- Lehman, H.E. (1971). Epidemiology of depressive disorders. in R.R. Fieve (Ed) *Depression in the 70's: Modern Theory and Research*. New Jersey: Excerpta Medica.
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*, 95, 55-96.
- Leifer, M. (1980). *Psychological Effects of Motherhood: A Study of First Pregnancy*. New York: Praeger.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. in Friedman, R.J. and Katz, M.M. (eds.) *The Psychology of Depression: Theory and Research*. New York: Winston-Wiley.
- Lewinsohn, P. (1975). The behavioral study and treatment of depression. in M. Hersen, R. Eisler & P. Miller (Eds) *Progress in Behavior Modification*, 1, N.Y.: Academic Press
- Lewinson, P.M. & Hoberman, H. (1982). Behavioral and cognitive approaches to treatment. in E.S. Paykel (Ed) *Handbook of Affective Disorders*. Edinburgh: Churchill-Livingston.
- Lewinson, P.M., Mermelstein, R.M., Alexander, C. & McPhillamy (1984). The unpleasant events schedule: A scale to the measurement of aversive events. *Journal of Applied Psychological Measurement*
- Lewinson, P.M., Mischel, W., Chaplin, W. & Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perception?. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 203-212.
- Lewinson, P.M., Muñoz, R.F., Youngren, M.A. & Zeiss, A.M. (1986). *Control Your Depression*. New York: Prentice Hall Press.
- Lewinson, P.M., Steinmetz, J.L., Antonuccio, D. & Teri, D. (1985). Group Therapy for depression: The coping with depression course. *International Journal of Mental Health*, 13, 8-33.
- Lewinson, P.M., Sullivan, J.M. & Grosscup, S.J. (1982). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 322-334.
- Lewis, A. (1967). *Inquiries in Psychiatry: Clinical and Social Investigations*, London: Routledge & Kegan-Paul
- Lewittes, H. (1982). Women's development in adulthood and old age: A review and critique. *International Journal of Mental Health*, 11, 1-2, 115-134
- Lindstrom, L.H., Nyberg, F., Terenius, L., Bauer, K., Besen, G., Gunne, L.M., Lykenas, S., Willdeck-Lund, G. & Lindberg, B. (1984). CSF and plasma Beta-casomorphin-like opioid peptides in post-partum psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1059-1066.
- Little, B.C., Hayworth, J., Carter, S.M.B., Dewhurst, Sir J., Raptopoulos, P., Sandler, M. & Priest, R.G. (1981). Personal and psychophysiological characteristics associated with puerperal mental state. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 385-393.
- Livingood, A.B., Dean, P. & Smith, B.D. (1983). The depressed mother as a source of stimulation for her infant. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 369-375.
- Loevinger, J.A. (1966). Models and measures of developmental variation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 134, 585-590.
- Lopata, H. (1971). *Occupation: Housewife*. New York: Oxford University Press.
- Lubin, B., Gardener, S.H. & Roth, A. (1975). Mood and somatic symptoms during pregnancy. *Psychosomatic Medicine Journal*, 37, No.2, 136-146.
- Madden, J.J., Luhan, J.A., Tuteur, W. & Bimmerle, J.F. (1958). Characteristics of post-partum mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 115, 18-24.
- Mahoney, M. (1991). *Human changes process*. New York: Basic Books.
- Manly, P.C., McMahon, R.J., Bradley, C.F. & Davidson, P.O. (1982). Depressive attributional style and depression following childbirth. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 245-254.
- Martin, M.E. (1958). Puerperal mental illness: A follow-up study of 75 cases. *British Medical Journal*, 2, 773-777.
- Martin, M.E. (1977). A maternity study of psychiatric illness associated with childbirth. *Irish Journal of Medical Science*, 146, 239-244.
- May, A.E., Ubquhart, A. & Tarran J. (1969). Self-evaluation of depression in various diagnostic and therapeutic groups. *Archives of General Psychiatry*, 21, 191-194.
- Mayberger, H. & Abramson, H.A. (1980). The psychodynamics of transitory post-partum depressive reaction. *Journal of Asthma Research*, 17, 59-64.
- Meares, R., Grimwade, E.J. & Wood, C. (1976). A possible relationship between anxiety in pregnancy and puerperal depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 605-610.
- Melges, F.T. (1968). Post-partum psychiatric syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 30, 95-108.
- Meltzer, E.S. & Kumar, R. (1985). Puerperal mental illness, clinical features and classification: A study of 142 mother-and-baby admissions. *British Journal of Psychiatry*, 147, 647-654.

- Mendels, J. & Frazer, A. (1974). Brain biogenic amine depletion and mood. *Archives of General Psychiatry*, 30, 447-451.
- Mendels, J., Secunda, S.K. & Dyson, W.L. (1972). A controlled study of antidepressant effects of lithium carbonate. *Archives of General Psychiatry*, 26, 154-157.
- Merluzzi, T., Glass, C. & Genest, M. (1981). *Cognitive Assessment*. New York: Guilford.
- Metz, A., Cowen, P.J., Gelder, M.G., Stump, K., Elliott, J.M. & Grahame-Smith, D.G. (1983). Changes in platelet alpha-2-adrenoceptor binding post-partum: Possible relation to maternity blues. *Lancet*, 1, 495-498.
- Meyerowitz, J.H. & Feldman, H. (1966). Transition to parenthood. *Psychiatric Research Reports*, 20, 78-84.
- Miller, W.R. & Selligman, M.E.P. (1973). Depression and the perception of reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 62-73.
- Miller, W.R. & Selligman, M.E.P. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 228-238.
- Moffic, H.A. & Paykell, E.S. (1975). Depression on medical inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 126, 346-353.
- Mohamed, S.N., Weisz, G.M. & Waring, E.M. (1978). The relationship of chronic to depression marital adjustment and family dynamics. *Pain*, 5, 285-292.
- Morris, J.B. (1987). Group psychotherapy for prolonged postnatal depression. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 279-281.
- Moss, H.A. (1974) Communication in mother-infant interaction. in L. Krames, P. Pilner, & T. Alloway (Eds.) *Nonverbal Communication: Comparative Aspects* (pp.171-191). New York: Plenum.
- Mowrer, O. & Vick, P. (1948). An experimental analogue of fear from a sense of helplessness. *Journal of Abnormal Psychology*, 43, 193-200.
- Murphey, E., Silber, E., Coelho, G., Hamburg, D. & Greenberg, I. (1963). Development of autonomy and parent-child interaction in late adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 33, 643-649.
- Nelson, R.E. & Craighead, W.E. (1981). Tests of a self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 12, 123-129.
- Neugebauer, R. (1983). Rate of depression in the puerperium (letter to the editor). *British Journal of Psychiatry*, 143, 421-422.
- Newson, J. & Newson, E. (1963). *Infant Care in an Urban Community*. London: Allen & Unwin.
- Newton, N. (1955). *Maternal Emotions*. N.Y.: Hoeber.
- Newton, N. (1973). Interrelationships between sexual responsiveness, birth and breast feeding. in J. Zubin & J. Money (Eds) *Contemporary Sexual Behavior: Critical Issues in the 70's*, Baltimore: John Hopkins Univ. Press
- Nielson, A.C., & Williams, T.A. (1980). Depression in ambulatory medical patients. *Archives of General Psychiatry*, 37, 999-1004.
- Nilsson, A. & Almgren, P.E. (1970). Paranal emotional adjustment: a prospective investigation of 165 women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, [suppl. 220], 9-141.
- Nilsson, A., Kaij, L. & Jacobson, L. (1967 a). Post-partum mental disorder in an unselected sample: The importance of the unplanned pregnancy. *Journal of Psychomatic Research*, 10, 327-339.
- Nilsson, A., Kaij, L. & Jacobson, L. (1967 b). Post-partum mental disorder in an unselected sample: The importance of the unplanned pregnancy. *Journal of Psychomatic Research*, 10, 341-347.
- Nott, P.N. & Cutts, S. (1982). Validation of the 30-item General Health Questionnaire in post-partum women. *Psychological Medicine*, 12, 409-413.
- Nott, P.N., Franklin, C.A. & Gelder, M.G. (1976). Hormonal changes and mood in the puerperium. *British Journal of Psychiatry*, 128, 379-383.
- Nuckolls, K.B., Cassel, E. & Kaplan, B.H. (1972). Psychological assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 95, 431-441.
- O'Hara, M.W. (1980). *A prospective study of post-partum depression: A test of cognitive and behavioral theories*. Dissertação de doutoramento, University of Pittsburgh.
- O'Hara, M.W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43, 569-573.
- O'Hara, M.W., Neunaber, D.J. & Zeroski, E. (1984). Prospective study of post-partum depression: Prevalence, course and predicative factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 2, 158-171.
- O'Hara, M.W., Rehm, L.P. & Campbell, S.B. (1982). Predicting depressive symptomatology: Cognitive-behavioral models and post-partum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, No.6, 457-461.
- O'Hara, M.W., Rehm, L.P. & Campbell, S.B. (1983). Post-partum depression: A role for social network and life stress variables. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171 (6), 336-341.
- Oakley, A. (1974). *Woman's Work*. New York: Pantheon.

- Oakley, A. (1979). A case of maternity: Paradigms of women as maternity cases. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 4, 44-61.
- Olioff, M. & Aboud, F.E. (1991). Predicting post-partum dysphoria in primiparous mothers: Roles of perceived parenting self-efficacy and self-esteem. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5 (1), 3-14.
- Oliver, J.M. & Burkham, R. (1979). Depression in university students: Duration, relation to calendar time, prevalence and demographic correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 667-670.
- Paffenbarger, R.S., Jr. & McCabe, L.J., Jr. (1966). The effect of obstetric and perinatal events on risk of mental illness in women of childbearing age. *American Journal of Public Health*, 56, 400-407.
- Paffenbarger, R.S., Jr., Steinmetz, C.H., Pooler, B.G. & Hyde, R.T. (1961). The picture puzzle of the post-partum psychosis. *Journal of Chronic Diseases*, 13, 161-173.
- Parlee, M.B. (1976). Social factors in the psychology of menstruation, birth and menopause. *Primary Care*, 3 (3), 477-490.
- Paykel, E.S., Emms, E.M., Fletcher, J. & Rassaby, E.S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 136, 339-346.
- Paykel, E.S., Meyers, E.K., Dienelt, M.K., Klerman, G.L., Lindenthal, J.J. & Pepper, M.P. (1969). Life events and depression: a controller study. *Archives of General Psychiatry*, 21, 753-760.
- Peixoto, E. (1986). Problem solving strategies and dialectic self-monitoring in mastery learning and conventional instruction. Dissertação de Doutoramento (em inglês). Portugal: Universidade dos Açores.
- Perry, W. (1969). *Forms of Intellectual and Ethical Development During the College Years*, N.Y.: Holt, Reinhart & Winston.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 151-12.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1975). *La Psychologie de l'Enfant* (2ème. Ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Pillsbury, B.L. (1978). Doing the month, confining and convalescence of chinese women after childbirth. *Social Sciences Medicine*, 12, 11-22.
- Pires, A. (1990). Determinantes do Comportamento Parental. *Análise Psicológica*, 4, VIII, 445-452.
- Pitt, B. (1968). "Atypical" depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1335.
- Pitt, B. (1973). "Maternity Blues". *British Journal of Psychiatry*, 122, 431-433.
- Plumb, G. (1983). A holistic approach to post-partum depression. *Women and Therapy*, Spr., 2 (1), 5-17.
- Protheroe, C. (1969). Puerperal psychosis: a long-term study (1927-1963). *British Journal of Psychology*, 115, 9-30.
- Pugh, T.F., Jerath, B.K., Schmidt, W.M. & Reed, R.B. (1963). Rates of mental disease related to childbearing. *New England Journal of Medicine*, 268, 1224-1228.
- Quadagno, D.N., Dixon, L.A., Denney, N.W. & Buck, H.W. (1986). Post-partum moods in men and women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 154, 1018-1023.
- Rabkin, J.G. & Struening, E.L. (1976). Life events, stress and illness. *Science*, 194, 1013-1020.
- Rachman, S.J. & Wilson, G.T. (1980). *The Effects of Psychological Therapy*. New York: Pergamon Press.
- Radloff, L. (1975). Sex differences in depression: The effects of occupation and mental status. *Sex Roles*, 1, 249-265.
- Rainwater, Lee, Coleman, R.P. & Haedel, G. (1959). *Workingman's Wife*. New York: Oceana.
- Rapoport, R., Rapoport, R.N. & Sterlitz, Z. (1977). *Fathers, Mothers and Society*. New York: Basic Books.
- Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rehm, L. P. (1977). A self control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L.P. (1982). Self-management in depression. in P. Karoly & F. Kanfer (Eds). *Self-Management and Behavioral Changes*. New York: Pergamon.
- Rehm, L.P. (1984-85). A self-management therapy program for depression. *International Journal of Mental Health*, 13 (3-4), 34-53.
- Rehm, L.P. & Kornblith, S.J. (1979). Behavior therapy for depression: A review of recent developments. in M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds) *Progress in Behavior Modification*, Vol. 7. New York: Academic Press.
- Rehm, L.P., Fuchs, C.Z., Roth, D.M., Kornblith, S.J. & Romano, J.M. (1979). A comparison of self-control and assertion skills treatment of depression. *Behavior Therapy*, 10, 429-442.

- Reich, T. & Winokur, G. (1970). Post-partum psychosis in patients with manic-depressive disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 151, 60-68.
- Reis, J. (Comunicação Pessoal).
- Rhodes, L.M. (1981). Social climate preception and depression of patients and staff in a chronic hemodialysis unit. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 169, 169-175.
- Rich, A.R. (1976). *Of Women Born*. N.Y.: Norton
- Rich, A.R. & Schroeder, H.E. (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83, 1081-1096.
- Richards, F. & Commons, M. (1990). Post formal cognitive-developmental theory and research: A review of its current status, in C. Alexander & E. Langer (Eds) *Higher Stages of Human Development: Perspectives on Adult Growth*, N.Y.: Oxford Univ. Press
- Richman, N. (1976). Depression in mothers of preschool children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 17, 75-78.
- Robin, A.A. (1962). The psychological changes of normal parturition. *Psychiatric Quarterly*, 36, 129-150.
- Robinson, G.E., Garner, D.M., Gare, D.J. & Crawford, B. (1987). Psychological adaptation to pregnancy in childless women more than 35 years of age. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 156, 328-333.
- Robinson, G., Stewart, D. & Flak, E. (1984). The rational use of psychotropic drugs in pregnancy and postpartum. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 183-190
- Robson, K.M. & Kumar, R. (1980). Delayed onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 136, 347-353.
- Robson, K. & Moss, H. (1970). Patterns and determinants of maternal attachment. *Journal of Pediatrics*, 77, 976-985.
- Rollins, B.C., & Galligan, R. (1978). The developing child marital satisfaction of parents. in R.M. Lerner & G. B. Spanier (Eds.) *Child Influences on Marital and Family Interaction: A Life-Span Perspective* (pp. 71-105). New York: Academic Press.
- Rossi, A. (1968). Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 30, 26-39.
- Rossi, A. (1973). Maternalism, sexuality and the new feminism. in J.Zubin, & J. Money (Eds) *Contemporary Sexual Behavior: Critical Issues in the 70's*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rossi, A. (1977). A Biosocial Perspective on Parenting. *Daedalus*, 106, 1-31.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (todo o nº 609).
- Roy, A. (1978). Vulnerability factors and depression in women. *British Journal of Psychiatry*, 133, 106-110.
- Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, A.T. & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Russel, R.S. (1974). Transition to parenthood: problems and gratifications. *Journal of Marriage and the Family*, 36, 294-301.
- Saks, B., Frank, J., Lowe, T., Berman, W., Naftolin, F. & Cohen, D. (1985). Depressed mood during pregnancy and the puerperium: Clinical recognition and implications for clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 142 (6), 728-731.
- Sameroff, A.J. (1982). Development and the Dialectic: The need of a systems approach. In W.A Collins (Ed.) *The Concept of Development*. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Schaffer, R. (1977). *Mothering*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sclare, A.B. (1955). Psychiatric aspects of pregnancy and childbirth. *Practitioner*, 175, 146-154.
- Seligman, M.E.P. (1974). Depression and learned helplessness. in R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds) *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. Washington, DC.: Winston.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San-Francisco: Freeman.
- Seligman, M. (1981). A learned helplessness point of view. in L. Rellin (Ed) *Behavior Therapy for Depression: Present Status and Futures Directions*, N.Y.: Academic Press
- Seligman, M.E.P., and Maier, S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Selman, R. (1980). *The Growth of Interpersonal Understanding*, N.Y.: Academic Press
- Shaffer, R. (1977). *Mothering*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Shantz, C. (1975). The theory of social cognition. in E. Hetherington (Ed) *Review of Child Development Research*, vol. 5, Chicago: University of Chicago Press
- Shapiro, S. & Nass, J. (1986). Post-partum psychosis in the male. *Psychopathology*, 19, 138-142.

- Shaw, B.F. (1977). Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 543-551.
- Shereshfsky, P.M. & Yarrow, L.J. (1973). *Psychological Aspects of a First Pregnancy and Early Postnatal Adaptation*. New York: Raven Press.
- Shimizu, Y.M. & Kaplan, B.J. (1987). Post-partum depression in the United States and Japan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 18, 1, 15-30.
- Sirignano, S.W. & Lachman, M.E. (1985). Personality change during the transition to parenthood: The role of perceived temperament. *Developmental Psychology*, 21, 558-567.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Free Press.
- Smith, S.L. (1975). Mood and the menstrual cycle. in E.J. Sachar (Ed) *Topics on Pseudoendocrinology*. New York: Grune & Stratton.
- Sneddon, J. & Kerry, R. (1985). The psychiatric mother and baby Unit: A five-year study, *Abstract of the Marce Society Meeting*, London: Boots
- Solberg, D. A., Butler, J., & Wagner, N.N. (1973). Sexual behavior in pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 288, 1098-1103.
- Spitzer, R.L., Endicott, J. & Robins, E. (1978). Research Diagnostic Criteria. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.
- Sroufe, L. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Steer, R., Beck, A. & Garrison, B. (1986) Applications of the Beck Depression Inventory. in N. Sartorius & T. Ban (Eds) *Assessment of Depression*, N.Y.: Springer-Verlag
- Steer, R.A., Beck, A.T., Riskind, J.H. & Brown, G. (1986). Differentiation of depressive disorders from generalized anxiety by the Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 42 (3), 475-478.
- Stein, G., Milton, F., Bebbington, P., Wood, K. & Coppen, A. (1976). Relationship between mood disturbers and free and total plasma tryptophan in post-partum women. *British Medicine Journal*, 60, No.5, 449-464.
- Stern, G. & Kruckman, L. (1983). Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: An anthropological critique. *Social Science & Medicine*, 17, 1027-1041.
- Stoller, F.H. (1965). Closed circuit T.V. used for psychotherapy. *Modern Hospitals*, 60, 105.
- Swartz, C.M. (1982). Biologically derived depression and the dexamethasone suppression test. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 339-343.
- Swyer, G.J.M. (1985). Post-partum mental disturbances and hormone changes. *British Medical Journal*, 290, 1232-1233.
- Tanzer, D. & Block, J. (1976). *Why Natural Childbirth?*. New York: Schocken.
- Tasto (1977). Self-report schedules and inventories. in A. Ciminero, K. Calhoun & H. Adams (Eds) *Handbook of Behavioral Assessment*. New York: John Wiley & Sons
- Tavares L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto. *Análise Psicológica*, 4, VIII, 389-398.
- Taylor, F.G. & Marshall, W.L. (1977). Experimental analysis of a cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 59-72.
- Tentoni, S.C. & High, K.A. (1980) Culturally induced post-partum depression: A theoretical position. *JOGN Nursing*, 9 (4), 246-249.
- The American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-III*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- The American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-III-R*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Thibaut, J.W. & Kelley, H.H. (1959). *The Social Psychiatry of Groups*. New York: Wiley.
- Thomas, J. (1979). Birth of the (five week) blues. *Nursing Mirror*, April 12.
- Tod & Edin (1964). Puerperal depression: A prospective epidemiological study. *Lancet*, 2, 1264-1266.
- Treadway, C.R., Kane, F.J., Jr., Jarrahi-Zadeh, A. & Lipton, M.A. (1969). A Psychoendocrine study of pregnancy and puerperium. *American Journal of Psychiatry*, 125, 1380-1386.
- True-Soderstorm, B.A., Buckwalter, K.C. & Kerfoot, K.M. (1983). Post-partum depression. *Maternal-Child Nursing Journal*, 12, 109-118.
- Turiei, E. (1983). *The Development of Social Knowledge*, Cambridge, MA: Cambridge University Press
- Upreti, N.S. (1979). A study of the family support system: Child bearing and child rearing rituals in Kathmandu, Nepal. *DJSS. ABSTR.* - University of Wisconsin, Madison.

- Veroff, J. & Feld, S. (1970). *Marriage and Work in America*. New York: Van Nostrand-Rheinhold.
- Vincent, J.P., Cook, N.I. & Messerly, L. (1980). A Social learning analysis of couples during the second postnatal month. *American Journal of Family Therapy*, 8, 49-68.
- Watson, J.P., Elliot, S.A., Rugg, A.J. & Brough, D.L. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144, 453-462.
- Weiner, B. (1972). *Theories of Motivation: From Mechanism to Cognition*. Chicago: Rand McNally.
- Weiner, B., Nierenberg, R. & Goldstein, M. (1976). Social learning (locus of control) versus attributional (causal stability) interpretations of expectancy of success. *Journal of Personality*, 44, 52-68.
- Weiner, B., Russell, D. & Lerman, D. (1979). The cognition-emotion process in achievement-related contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1211-1220.
- Weissman, M.M. (1979). The Psychological treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1261-1269.
- Weissman, M.M., Myers, J.K. and Harding, P.S. (1978). Psychiatric disorders in U.S. urban community: 1975-1976. *American Journal of Psychiatry*, 135, 459-462.
- Weissman, M., Myers, J. & Thompson, W. (1981). Depression and its treatment in a U.S. urban community. *Archives of General Psychiatry*, 38, 417-421.
- Weissman, M. & Paykel, E.G. (1974). *The Depressed Woman: A Study of Social Relationships*. Chicago: University of Chicago Press.
- Welner, A. (1982). Childbirth-related psychiatric illness. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 143-154.
- Wente, A. & Crockenberg, S. (1976). Transition to fatherhood: Lamaze preparation, adjustment difficulty and the husband-wife relationship. *Family Coordinator*, 25, 351-357.
- West, E.D. (1981). Electric convulsion therapy in depression: A double-blind controlled trial. *British Medicine Journal*, 282, 355-357.
- Whitbourne, S.K. & Weinstock, C.S. (1986). *Adult Development*. New York: Praeger.
- Wideman, M. & Singer, J. (1984). The role of psychological mechanisms in preparation for childbirth. *Uniformed Services: University of the Health Sciences*.
- Williams, J.G., Barlow, D.H. & Agras, W.S. (1972). Behavioral measurement of severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 27, 330-333.
- Wilson, J.E., Barglow, P. & Shipman, W. (1972). The prognosis of post-partum mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 13, 305-311.
- Winnicott, D.W. (1958). Primary maternal preoccupation. *Collected papers through paediatrics to psychoanalysis*. London: Tavistock.
- Winokur, G. & Ruangtrakool, S. (1966). Post-partum effect on patients with independently diagnosed affective disorder. *Journal A.M.A.*, 197, 242-246.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavioral therapy*. New York: Pergamon.
- Wolpe, J. (1971). Neurotic Depression: An experimental analog, clinical syndromes, and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 25, 362-368.
- World Health Organization (1978). *The International Classification of Diseases, (rev.9)*. Geneva: World Health Organization.
- Wylie, R.C. (1979). *The Self-Concept: Vol. 2 - Theory and Research on Selected Topics*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Yalom I.D., Lunde D.T., Moos R.H. & Hamburg D.A. (1968). Post-partum blues syndrome: A description and related variables. *Archives of General Psychiatry*, 18, 16-27.
- Young, S.N., Smith, S.E., Pihl, R.O. & Ervin, F.R. (1985). Tryptophan depletion causes a rapid lowering of mood in normal males. *Psychopharmacology*, 87, 173-177.
- Youngren, M.A. & Lewinsohn, P.M. (1980). The functional relationship between depression and problematic interpersonal behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 333-341.
- Zajick, E. & Wolkind, S. (1978). Emotional difficulties in married women during and after the first pregnancy. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 379-385.
- Zax, M., Sameroff, A.J. & Farnum, J. (1975). Childbirth education, maternal attitudes, and delivery. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 123, 185.
- Zilboorg, G. (1931). Depressive reaction related to parenthood. *American Journal of Psychiatry*, 10, 927.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE IDÉIAS NEGATIVAS

Cada um dos itens deste questionário está dividido em duas partes (A e B). Na parte A, leia com atenção a idéia negativa (em letras maiúsculas) correspondendo a um pensamento, sentimento ou sensação, e marque, com uma cruz, a frequência da sua ocorrência na escala de 5 opções.

Na parte B, leia com atenção os possíveis pensamentos e/ou atitudes que lhe ocorrem quando tem a idéia negativa, sublinhando o pensamento ou atitude mais frequente.

1) A- ESTOU TRISTE

quase sempre	muitas vezes	às vezes	poucas vezes	raramente
1	2	3	4	5

B- QUANDO TENHO UM PROBLEMA QUE ME FAZ FICAR TRISTE

1-Procuro combater esta idéia (dizendo-me, por exemplo, que só serve para me fazer ainda mais triste)

2-Procuro afastar esta idéia (pensando, por exemplo, em coisas positivas que me aconteceram ou me podem acontecer)

3-Procuro analisar as razões que me levaram a sentir-me triste, mas isso não me faz sentir melhor

4-Não procuro afastar a idéia porque sei que me sentirei melhor quando a tristeza passar

5-Não procuro combater a idéia porque não sou capaz

6-Não procuro combater a idéia porque não serve para nada (considerando, por exemplo, que sou feita assim)

2) A- SINTO-ME PESSIMISTA ACERCA DO FUTURO

quase sempre	muitas vezes	às vezes	poucas vezes	raramente
1	2	3	4	5

B- QUANDO ANTEVEJO UM PROBLEMA TERRÍVEL NO FUTURO

1-Confio na intuição para vir a resolvê-lo

2-Imagino pelo menos uma solução para o resolver, considerando as suas vantagens e inconvenientes

3-Imagino o maior número possível de soluções e, depois de ter comparado as respectivas vantagens e inconvenientes, escolho a melhor

4-Procuro analisar as razões que me levam a esse pessimismo

5-Digo-me que tenho absolutamente de ultrapassar esse problema

6-Não tento combater esse pessimismo, porque não sou capaz

7-Tento não pensar no problema

8-Adio a resolução do problema para melhores momentos/oportunidades

3) A- ESTOU DESILUDIDA COMIGO PRÓPRIA

quase sempre	muitas vezes	às vezes	poucas vezes	raramente
1	2	3	4	5

B- QUANDO ESTOU INSATISFEITA COM O QUE ESTOU A FAZER

1-Confio na intuição para fazer melhor

2-Imagino pelo menos uma maneira para fazer melhor, considerando as suas vantagens e inconvenientes

3-Imagino o maior número possível de maneiras de fazer melhor e, depois de ter comparado as respectivas vantagens e inconvenientes, escolho a melhor

4-Procuro analisar as razões que me levam a esse sentimento de insatisfação

5-Digo-me que tenho absolutamente de ultrapassar essa insatisfação

6-Não tento combater-essa insatisfação, porque não sou capaz

7-Tento não pensar nisso

8-Adio a resolução da situação para melhores momentos/oportunidades

4) A- SINTO-ME CULPADA, QUANDO AS COISAS NÃO CORREM BEM

quase sempre	muitas vezes	às vezes	poucas vezes	raramente
1	2	3	4	5

B- QUANDO AS COISAS NÃO CORREM BEM E ME SINTO CULPADA

1-Confio na intuição para vir a resolver a situação

2-Imagino pelo menos uma solução para a resolver, considerando as suas vantagens e inconvenientes

3-Imagino o maior número possível de soluções e, depois de ter comparado as respectivas vantagens e inconvenientes, escolho a melhor

4-Procuro analisar as razões que me levam a sentir culpada

5-Digo-me que tenho absolutamente de ultrapassar esse sentimento

6-Não tento combater esse sentimento, porque não sou capaz

7-Tento não pensar nisso

8-Adio a resolução da situação para melhores momentos/oportunidades

5) A- PENSO EM ACABAR COM A MINHA VIDA

quase sempre	muitas vezes	às vezes	poucas vezes	raramente
1	2	3	4	5

B- QUANDO PENSO EM ACABAR COM A VIDA

1-Procuro combater esta idéia (dizendo-me, por exemplo, que só serve para me sentir pior)

2-Procuro afastar esta idéia (pensando, por exemplo, nas coisas positivas que me acontecem, ou ainda podem acontecer)

3-Procuro analisar as razões que me levaram a pensar no suicídio, mas isso não me faz sentir melhor

4-Não procuro afastar a idéia porque sei que, quando ela passar, retomarei mais gosto na vida

5-não procuro combater a idéia porque não sou capaz

6-Não procuro combater a idéia porque não serve para nada (considerando, por exemplo, que a minha vida nunca valerá a pena de ser vivida)

6) A- SINTO-ME IRRITADA

quase sempre	muitas vezes	às vezes	poucas vezes	raramente
1	2	3	4	5

B- QUANDO ME SINTO IRRITADA

1-Procuro combater esta idéia (dizendo-me, por exemplo, que só serve para me sentir ainda mais irritada)

me 2-Procuro afastar esta idéia (pensando, por exemplo, como sinto quando estou mais serena)

3-Procuro analisar as razões que me levaram a esse sentimento, mas isso não diminui a minha irritação

4-Não procuro afastar a idéia porque sei que me sentirei melhor quando a irritação passar

5-Não procuro combater a idéia porque não sou capaz

6-Não procuro combater a idéia porque não serve para nada (considerando, por exemplo, a minha tendência para me po^r neste estado)

7) A- PERCO O INTERESSE NAS PESSOAS

quase sempre	muitas vezes	às vezes	poucas vezes	raramente
1	2	3	4	5

B- QUANDO PERCO O INTERESSE NAS PESSOAS

1-Procuro combater esta idéia (dizendo-me, por exemplo, que só serve para diminuir ainda mais o meu interesse pelos outros)

2-Procuro afastar esta idéia (pensando, por exemplo, o que recebo de positivo quando me aproximo dos outros)

3-Procuro analisar as razões que me levaram a perder o interesse nos outros, mas isso não me faz sentir melhor

4-Não procuro afastar a idéia porque sei que, quando ela passar, voltarei a sentir interesse pelas pessoas

5-Não procuro combater a idéia porque não sou capaz

6-Não procuro combater a idéia porque não serve para nada (considerando, por exemplo, que realmente os outros já não me interessam)

8) A- TENHO DIFICULDADE EM ME DECIDIR

quase sempre	muitas vezes	às vezes	poucas vezes	raramente
1	2	3	4	5

B- QUANDO TENHO DIFICULDADE EM TOMAR UMA DECISÃO

1-Confio na intuição para me decidir

2-Penso nas vantagens e inconvenientes de cada alternativa/possibilidade e escolho a melhor

3-Imagino outras alternativas/possibilidades, e comparo-as com o valor das alternativas antes pensadas

4-Procuro analisar as razões que me levam a essa dificuldade/indecisão

5-Digo-me que tenho absolutamente de ultrapassar a dificuldade/indecisão

6-Não tento combater a dificuldade/indecisão, porque não sou capaz

7-Tento não pensar na dificuldade/indecisão

8-Adio a tomada de decisão para melhores momentos/oportunidades

9) A- CANSO-ME MAIS FACILMENTE

quase sempre	muitas vezes	às vezes	poucas vezes	raramente
1	2	3	4	5

B- QUANDO ME CANSO FACILMENTE

1-Procuro combater esta idéia (dizendo-me, por exemplo, que só faz sentir-me mais cansada)

2-Procuro afastar esta idéia (pensando, por exemplo, nos momentos em que consigo fazer as coisas sem me cansar)

3-Procuro analisar as razões que me levam a sentir-me assim, mas isso não me faz sentir menos cansada

4-Não procuro afastar a idéia porque sei que me sentirei melhor quando o cansaço passar

5-Não procuro combater a idéia porque não sou capaz

6-Não procuro combater a idéia porque não serve para nada (considerando, por exemplo, que estou realmente num estado de cansaço)

10) A- PREOCUPO-ME DEMAIS COM A MINHA SAÚDE

quase sempre	muitas vezes	às vezes	poucas vezes	raramente
1	2	3	4	5

B- QUANDO ME PREOCUPO COM UM PROBLEMA DE SAÚDE

1-Confio na intuição para poder resolvê-lo

2-Imagino pelo menos uma solução para o resolver, considerando as suas vantagens e inconvenientes

3-Imagino o maior número possível de soluções e, depois de ter comparado as respectivas vantagens e inconvenientes, escolho a melhor

4-Procuro analisar as razões que me levam a essa preocupação

5-Digo-me que tenho absolutamente de ultrapassar esse problema

6-Não tento combater essa preocupação, porque não sou capaz

7-Tento não pensar no problema

8-Adio a resolução do problema para melhores momentos/oportunidades

fernando fradique, 1984, 1989

faculdade de psicologia e ciências da educação, universidade de lisboa